

河合楽器健康保険組合
理事長 殿

本人	支店管轄・KSK松本	総括部門へ提出してください
	本社工場	健保へ直接提出してください
家族		

歯科検診補助金申請書

請求年月日：() 年 月 日

被保険者		被 保 険 者 氏 名	
記 号	番 号	(フリガナ)	
		() 年 月 日 生 れ	
検診の種類	歯科検診		
受診年月日	() 年 月 日 (受診年月日)		
検診機関名			
検診機関に支払った 合計金額	円	(健保記入欄) 健康保険組合補助額	円

添 付 書 類
1. 領収書原本(宛名、歯科検診と確認できるもの)
2. 検診機関の『検診結果報告書』(コピー可)

※補助金は給与とともに(任意継続被保険者はゆうちょ銀行口座に)振り込みます。

※4月から翌年3月までの受診に対して、年度に1回3,000円を限度に補助。

事業所総括部門		

健康保険組合		

歯科検診の際の注意事項

歯科検診で補助金を請求する場合は以下のことにご注意ください。

- ① 検診機関（歯医者）には歯科検診を受診したい旨を連絡し予約して行ってください。
- ② 健康保険は使わないで全額（10割負担）を窓口で支払ってください。
（補助金上限は3,000円）
- ③ 検診と治療は別に精算してください。
（治療については保険を使っていただいて問題ありません。）
- ⑤ 河合楽器健康保険組合のHPより歯科検診補助金申請書をダウンロードし、
領収書と結果報告書を添えて健康保険組合へご提出ください。

<https://www.kawaikenpo.or.jp/member/application/form.html>

※家族の検診には補助金は支給されません。

歯科検診実施機関様

<お願い>

平素よりお世話になっております。

今回、当健保の被保険者_____が、受診する歯科検診ですが、
当健保へ補助金を申請する予定です。

付きましては、検診料金については健康保険外で精算して頂きたく存じます。

また健診の結果、当日治療が必要となった場合は検診と治療を個別に精算願います。

また、検診結果についても、本人にお渡ししていただくようお願い申し上げます。

お手数ですが何卒よろしくお願い申し上げます。

※下線部にはご自身のお名前を記入してください。

河合楽器健康保険組合

TEL053-457-1237