

| 支給決議書 |     |    |     |                                    |           |
|-------|-----|----|-----|------------------------------------|-----------|
| 年 月 日 |     |    |     | 支給金額<br><br>(自己負担金の<br>上限4,000円まで) | ¥ _____ 円 |
| 常務理事  | 事務長 | 係長 | 担当者 |                                    |           |
|       |     |    |     |                                    |           |

愛知県・岐阜県・三重県・静岡県 以外の組合員用

## 診療所歯科健診 補助金支給 申請書

|  |   |    |                  |        |       |
|--|---|----|------------------|--------|-------|
| 保険証<br>記号・番号   | 記号  | 番号 | (どちらかに○)<br>被保険者 | ふりがな   | 印     |
|  |   |    | 被扶養者             | 被保険者氏名 |       |
| 被保険者住所   | 〒 _____ (電話) _____ - _____  |    |                  |        |       |
| 事業所名称  |   |    |                  |        |       |
| ふりがな   |   |    | 続柄               |        | 年 月 日 |
| 受診者名   |   |    |                  |        |       |
| 歯科健診を<br>受けた年月日  | 健診年月日   |    |                  | 年 月 日  |       |
| 歯科健診を<br>受けた医療機関   | 名称  |    |                  |        |       |
|  | 所在地   |    |                  |        |       |
| 振込先  | 補助金は、 <b>会社指定口座</b> へ振り込みます。<br>(毎月末までに当健保に届いた補助金支給申請書は、翌月20日に振り込みます) |    |                  |        |       |
| 私、_____ は、歯科健診を自由診療で受診しましたので以上の通り補助金を申請します。  |   |    |                  |        |       |
| 年 月 日  |   |    |                  |        |       |
| 受付日付印  |   |    |                  |        |       |
| <b>【申請条件と注意点】</b><br>1. 診療所歯科健診の「償還払い」は、愛知県・岐阜県・三重県・静岡県 <b>以外</b> の組合員様が対象です<br>2. 自由診療のため、一旦全額自己負担して下さい (保険使用者は補助できません)<br>3. 歯科健診当日に「歯科健康診査票」を持参し結果を記入してもらって下さい<br>4. 補助金支給申請書 (①～③) を健保に提出<br>① 診療所歯科健診補助金支給申請書<br>② 歯科健康診査票 (結果記入されたもの)<br>③ 領収書原本<br>5. 毎月末までに当健保に届いた申請書は、翌月20日に会社指定口座に振り込みます |   |    |                  |        |       |