

歯科健診補助金申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		被保険者 氏名	
		番号			
	事業所名称				
	家族(被扶養者)が受診の場合	氏名			続柄
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
委任状	LIXIL健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に委任いたします。 令和 年 月 日 被保険者 氏名 ⑩				

【添付書類】

『領収書(レシート)』(原本)

受診者名、実施内容、費用が確認できるもの

【注意事項】

(1) この申請は、保険証が使用できなかった歯科清掃(歯石・歯垢除去)に対して補助(年1回、上限3,000円)するものです。

[保険証が使用できない場合の例]

- ① 保険診療対象外の歯科清掃(保険診療を取扱わない歯科医院など)
- ② 歯科保健センターなどの歯科健診専門機関
- ③ 市区町村の歯科健診を有料で受けた場合

(2) 本来保険証扱いとなる医療機関で、無理に自費扱い(補助金対象)としないでください。補助金対象となったとしても、結果的に高額な負担となることがあります。

(3) 自署の場合は押印を省略できます。

(4) 消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付
令和 年 月 日

歯科健診補助金申請書

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者(本人)が記入するところ	被保険者証	記号	131	被保険者氏名	健保太郎		
		番号	XXXXX				
	事業所名称	(株)LIXIL					
	家族(被扶養者)が受診の場合	氏名	健保花子	続柄	妻		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日					
委任状	LIXIL健康保険組合 理事長 殿 上記により支給される金額の受領を、事業主が委任いたします。						
	被保険者 氏名 健保太郎			令和〇〇年〇〇月〇〇日			

保険証に記載されている「事業所名称」を記入

自署(名前を直接手書きで記入)の場合は、押印を省略できます。

委任状欄は、給与振込のために必要ですので、必ずご記入ください。

健保印

【添付書類】

『領収書(レシート)』(原本)

受診者名、実施内容、費用が確認できるもの

【注意事項】

(1) この申請は、保険証が使用できなかった歯科清掃(歯石・歯垢除去)に対して補助(年1回、上限3,000円)するものです。

[保険証が使用できない場合の例]

- ① 保険診療対象外の歯科清掃(保険診療を取扱わない歯科医院など)
- ② 歯科保健センターなどの歯科健診専門機関
- ③ 市区町村の歯科健診を有料で受けた場合

(2) 本来保険証扱いとなる医療機関で、無理に自費扱い(補助金対象)としないでください。補助金対象となったとしても、結果的に高額な負担となることがあります。

(3) 自署の場合は押印を省略できます。

(4) 消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付
令和 年 月 日