

領収書の注意点

領収書には以下の記載が必要です。

不備があった場合は補助金を支給できませんのでご注意ください。

- ① 受診者の個人名（フルネーム）

※受診者が被扶養者の場合は被扶養者のお名前を記載してもらってください。

- ② 領収書発行日
- ③ 健診費用
- ④ 但し書き

※必ず歯科健診を受けたことが分かるよう記載してもらってください。

○歯科健診代 ×自費診療代 ×治療代

- ⑤ 歯科医院の名称・住所・領収印

※領収印省略する旨の記載があれば領収印は不要です。

※領収書はイメージです

領収書

① 健保 太郎 様

② 令和〇年×月△日

③ ￥ 5,000-

但し、④ 歯科健診代 として
上記、正に領収いたしました。

〇〇歯科医院
⑤ 東京都港区南青山〇-〇-〇〇
Tel : 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※ 領収印

必ず歯科健診を受けたことが分かるよう記載してもらってください。
○歯科健診代 ×自費診療代 ×治療代

領収書

① 患者番号：1234
氏名：健保 太郎

② 診療年月日
令和〇年×月△日

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点	点
点	点	点	点	点	点	点	点

保険外負担	評価療養・選定療養	その他
(内訳)		④(内訳) 歯科健診費用 5,000円

	保 険	保険外負担
合計		5,000円
負担額		5,000円
領収額合計		③ 5,000円

〇〇歯科医院
⑤ 東京都港区南青山〇-〇-〇〇
Tel : 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※ 領収印

「保険」の項目に記載の金額は保険適用による負担額となるため補助対象外となります。