

※支給決定号				支給決定日 令和 年 月 日			
支給額	合計	円	常務理事	事務長			担当

補助対象期間 : 2025/04/01~2026/03/31  
 申請期日 : 2026/04/10 健康保険組合必着

### 健康保険 歯科健診費用補助金交付申請書

※ 健診を受ける際は、歯科健診票と共に「当組合加入者の歯科健診のお願い」の書面を医療機関にご提出ください。

被保険者等の記号番号	記号	〇〇	生年月日	昭和	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	
	番号	〇〇〇〇		平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ			被保険者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇								
	氏名	健保 太郎				ご住所をマンション名 部屋番号までご記入ください								
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇													

受診者氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ			続柄	長女	年齢	〇〇				歳						
	氏名	健保 花子																
健診について	受診日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日																
	受診医療機関名	〇〇歯科クリニック																
	領収金額	〇, 〇〇〇 円																
振込希望金融機関	〇〇	銀行	〇〇	本店	普通	支店番号	口座番号 (右づめ)											
		信用金庫		支店	当座													
	名義人(フリガナ)				ケンボ タロウ				健保 太郎				〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇

※振込希望金融機関は「被保険者本人名義」の口座に限ります。

令和 年 月 日提出

【申請上の注意事項】

- 補助金は、1人につき2,500円を上限として、歯科健診にかかった費用を補助します。
- 費用補助は、年度内1人につき1回限りとなります。
- 保険適用による健診は補助対象外となります。  
(領収書の負担割合が3割となっている場合は、保険適用扱いとなります)
- 交通費は、ご本人負担となります。
- 家族で複数人が受けた際、受診者1人につき、申請書は1枚ずつ必要となります。
- 受診日に当組合の資格のない方は申請ができません。

受付日付印

【添付書類】

- 領収書 (原本) 受診者名義のもの
- 歯科健診票

【送付先住所】

〒107-0062 東京都港区南青山1-15-5 パーソル南青山ビル  
 パーソルキャリア健康保険組合