| ※支給決定伺 | | | | | | | 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**　：2026/04/01～2027/03/31

**申請期日**　　：2027/04/09 **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<br>番号 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 被保険者住　所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | | | | | | | |

| 受診者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 続　柄 | | 年　齢 | 歳 |
|---|---|---|---|---|---|
| 健診について | 受診日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| | 受診医療機関名 | | | | |
| | 領収金額 | 円 | | | |
| 振込希望金融機関 | 銀　行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店 | 普通<br>当座<br>その他 | 支店番号 | 口座番号（右づめ） |
| | 名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | |

※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　ﾊﾟｰｿﾙ南青山ビル**

**パーソルキャリア健康保険組合**

パーソルキャリア健康保険組合