

※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 : 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	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	番号						
被保険者 氏名	フリガナ		被保険者 住 所	〒			
電話番号							

受診者氏名	フリガナ		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 信用金庫 信用組合		本店 支店	普通 当座 その他	支店番号	口座番号 (右づめ)
	名義人(フリガナ)					

※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。

- 【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

受付日付印