

歯科健診補助金申請書

常務理事	課長	担当者

下記のとおり申請いたします

○申請者（被保険者のみ） ※領収書のコピーも忘れずに送付してください 年 月 日 申請

会社名			所属		
被保険者証	記号	番号		氏名	
電話番号	(会社) 内線	外線		(自宅)	

申請額 (自費健診分のみ・上限4,000円)	円
---------------------------	---

※補助金は給与口座にお振込みいたします（月末締切 → 翌月給与支給時にあわせて振込）

↓ 歯科医院様記入欄

健診チェック表

～歯科医院様へのお願い～

※当組合の補助対象となる検査項目の目安です。実施検査項目にチェック願います。

※審美目的となるもの(ホワイトニング含む)は、補助対象外です。

健診内容		チェック欄	健診内容		チェック欄	
□腔内審査	歯の状態		□腔衛生指導	ブラッシング指導		
	歯周状況			他()		
	歯石沈着					
	歯周ポケット測定					
【歯科医院名をご記入ください】						

【補助金申請の際の注意事項】

- 対象者 歯科巡回健診対象外地区で就業する被保険者（本人のみ）
- 申請期間 年度内（4月1日～3月31日まで）に1回まで ※提出期限：翌年度4月10日
- 補助対象検査 虫歯・歯周病の有無の検査・歯科保健指導など上記『健診チェック表』にある検査項目
※全て自費健診(保険証を使わない健診)分に限りませす。
⇒健診と同時に治療(保険証使用)が開始された場合、その治療費部分は補助とはなりません
- 補助限度額 **上限4,000円**（健診費用が4,000円未満の場合の補助は実費相当額です）
※補助は年度内1回の健診に限りませす
※申請額に誤りがあった場合は、当組合で修正した金額を補助いたします
- 提出書類 下記書類を、丸井健康保険組合保健事業担当宛にお送りください
①歯科健診補助金申請書
②領収書のコピー(下記の項目があるもの)
・ 検診名・医療機関名 ・ 受診日 ・ 金額 ・ 受診者名・保険外（自費）の記載
③上記チェック表に記載がない場合は、その代用となるもの