

近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿

健康保険組合		
常務理事	事務長	係 員

歯科健診補助金申請書

下記のとおり歯科健診を受診しましたので、補助金を申請します。

※なお、補助金の受け取りは事業主に委任します。（任意継続は除く）

被 保 険 者 証 等				被保険者氏名	
記号		番号			
受診者氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
連絡先電話番号 (自宅または携帯)		— —			
		被保険者との続柄			

勤 務 先 名 称					
健 診 受 診 日	令和 年 月 日				
支 払 金 額	円	支給決定金額(健保記入欄)		円	

《歯科医院様ご記入欄》

当健康保険組合の補助対象となる検査項目の目安です。
実施された検査項目にチェックマークをお願いいたします。
インプラントのアフターメンテナンスや審美目的(ホワイトニングを含む)は、補助の対象外です。
歯科医院様でご記入いただけない場合は、受診者が全てを記入してください。

検査内容		チェック欄	検査内容		チェック欄
口腔内診査	歯の状態の検査		予防的処置	歯面清掃研磨	
	歯肉の状態の検査			縁上歯石除去	
	口腔粘膜の検査			フッ素塗布	
	他()			他()	
歯科保健指導	口腔衛生指導		【歯科医院名をご記入ください】		
	食事指導				
	他()				

注意事項

1. 対象者
- 健診受診日現在で当健康保険組合の資格を有している被保険者および30歳以上の被扶養者
2. 補助対象期間
- 年度内1回（※同一年度内に事業所が定期健康診断時または別途単独で実施する、健保補助による歯科健診と重複して受診した場合は補助の対象外です。）
3. 補助対象検査
- 口腔内診査・歯科保健指導・予防的処置など上記検査項目。
被保険者証等を使用(提示)せず全額自己負担で行った健診のみが補助の対象です。
保険診療(3割の自己負担)で歯科健診を受けた場合は、補助金の対象外となります
また、健診と同時に保険診療の治療を受けた場合も、その治療部分は補助対象外です。
4. 補助限度額
- 3, 500円 ※健診費用が3, 500円未満の場合は実費相当額を補助します。
5. 添付書類
- 領収書の原本またはコピー(保険外負担による歯科健診の記載があるもの)