

歯科健診補助金請求書

被保険者証の記号番号	記号	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	申請日	令和	年	月	日
	番号										
被保険者氏名と印	フリガナ		被保険者住所	〒							
	印 (自署の場合は押印不要)			電話 ()							

	受診者氏名	続柄	受診日	申請金額 【実際にかかった費用】	支給金額 【※記入しないでください】
①			令和 年 月 日	円	円
②			令和 年 月 日	円	円
③			令和 年 月 日	円	円
④			令和 年 月 日	円	円
合計人数		人	合計申請金額	円	円

【申請上の注意事項】

1. 補助金対象になる受診期間：**令和6年6月1日から令和6年10月31日まで**
 ※期間中、1人につき1回まで申請可能です。2回目以降は補助金対象外です。
2. 補助の対象者
令和7年3月31日時点で 40歳以上 かつ、**歯科健診受診日に当健康保険組合の資格を有する**被保険者および被扶養者。
3. 補助の対象となる健診
自費診療による歯科健診（健康保険適用となる歯科健診及び治療は補助金対象外です。）
 ※審美目的の歯科健診（ホワイトニング等）は補助金対象外です。
4. 補助金額：**1人につき1回まで、3,500円（税込）を上限**として、歯科健診にかかった費用を補助します。
 ※1回目の歯科健診で上限未満の金額であっても、2回目以降は補助金対象外です。
5. 支給先
 勤務先に届出ている、被保険者名義の給与振込先（金融機関口座）への支給になります。
6. 申請方法
 次の3点を当組合に郵送にてご提出ください。
 ①歯科健診補助金請求書（この用紙）・・・**必ず消えないボールペンで記入すること**
 ②領収書（原本）
 ③歯科健診結果報告書の写し（受診医療機関作成のもの）
※領収書には「歯科健診を受けた者の氏名（全員）」「歯科健診受診日」「自費診療の歯科健診である旨（費用明細等）」の記載が必要です。記載がない領収書は受け付けできません。
※宛名に事業所名（会社名）は不要です。
7. 申請期限：**令和6年11月30日 必着**
 ※申請期限を過ぎたものについては、補助金を支給できない場合がございます。予めご了承ください。
8. 送付先：〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 ベンチャーバンク健康保険組合 宛
9. 支給について
 申請期限までの、毎月15日までに受付、同月末日付で、勤務先に届け出ている「被保険者名義の給与振込先（金融機関口座）」へ振り込ませていただきます。
 ※郵便事情により、事務局に届くのが遅れる場合もあります。支払日の目安としてください。
 ※書類不備等の場合には、この限りではありません。
 ※支給に際し、通知は送付いたしません。

健保受付日