

| ※健保使用欄 | | | | |
|--------|-----|-----|-------|----------|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 決定年月日 | 令和 年 月 日 |
| | | | 支給金額 | 円 |

令和6年度 歯科検診補助金申請書

※太枠内ご記入ください(数字は右詰)。必要箇所に○をつけてください。

| | | | | | | | |
|-------|-------|-------|--------|------------|--------|------------|--|
| 保険者証住 | 記号 | | フリガナ | | フリガナ | | 被保険者 |
| | 番号 | | 被保険者氏名 | 昭・平 年 月 日生 | 受診者氏名 | 昭・平 年 月 日生 | 被扶養者 |
| 所受診情報 | 受診機関名 | | | | TEL | - - | 受診区分 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険(対象外・返却) |
| | 受診日 | 年 月 日 | 検査費用 | 円 | ※健保使用欄 | 補助金額 | 円 |

※健保使用欄は記入しないでください。

※被保険者の口座を記入してください(ゆうちょ銀行可)

| | | | |
|---------|----------------------------|-----------------------------------|------------|
| 被保険者の口座 | 銀行等口座 | 口座預金種別 | 預金口座名義人の氏名 |
| | 銀行店 金庫支店 組合出張所 農協 | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 預金口座番号 | フリガナ |

| | |
|------------|--|
| 申込要領・注意事項等 | <p>■申請用紙に必要事項記入し、領収証原本、検査結果の写しを添付してください。</p> <p>■領収証に、氏名、受診日、医療機関名、検査名、金額が記載されていること、領収印をご確認ください。</p> <p>■補助金は被保険者の口座宛に支給いたします。</p> <p>■補助対象：自費(10割負担)にて受診した歯科検診費用</p> <p>※以下は補助対象外です。提出前にご確認ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査内容、明細の記載がない領収証やレシート ・保険診療で受診したもの(保険証を提示し、定期通院等により検査を受けた) ・自費で検診を受けた結果、保険診療になり、窓口で2～3割負担したもの ・市区町村配布のクーポンを利用して受診したもの <p>■対象者：被保険者・被扶養者</p> <p>■補助金額：2,000円を上限とする(上限に満たない場合は実費を支給)</p> <p>■対象期間：令和6年4月1日～令和7年3月31日までに受診したもの</p> <p>■請求期間：令和6年4月1日～令和7年4月11日(金)必着</p> |
|------------|--|

大阪府電気工事健康保険組合 理事長殿
上記のとおり、歯科検診補助金を申請いたします。

| |
|----------|
| 令和 年 月 日 |
| 事業所名 |
| 被保険者氏名 |

※被保険者氏名欄に署名なきものには補助金の支給はできません。

大阪府電気工事健康保険組合
TEL 06-6486-9013