

歯科健診補助金請求書

※保険証 記号・番号は、マイナポータルにログインし資格情報で確認の他、資格情報のお知らせや資格確認書で確認してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者（本人）		被 扶 養 者（家族） <small>（被保険者のみの受診の場合は記入不要）</small>	
	被保険者証 記号・番号	○○○ - ○○○○	被保険者 との続柄	妻
	氏名	○○○ ○○○	氏名	○○○ ○○○
	住所	○○市○○○ ○○-○○○	住所	同左
	電話番号	○○○○○○○○○○○	電話番号	○○○○○○○○○○○
	生年月日	○○○○年○○月○○日	生年月日	○○○○年○○月○○日
	検診費用	○○○○円	検診費用	○○○○円
健保 記入 欄	健保補助額	健保記入欄	健保補助額	健保記入欄

※2026年4月1日～2027年3月31日まで1人1回4,000円（税込）を上限とする実費を補助します。
※被扶養者のみ受診の場合は、被保険者の生年月日以下の欄は記入不要。

【必要書類】 領収書の本紙

「受診者氏名」、「歯科検診」及び「保険外負担」又は「自費診療」の明示のあるもの

各事業所勤務の被保険者の方には事業主経由で補助金を支給しますので、以下に記入願います。

被 保 険 者 記 入 欄	富士石油健康保険組合理事長 殿
	委 任 状
	歯科検診に要した費用の補助金の受領を事業主に委任します ○○○○年 ○○月 ○○日
	被保険者の所属名 ○○○○○○株式会社○○○○課 被保険者氏名（自署） ○○○ ○○○

任意継続被保険者の方は、補助金振込先を記入して下さい。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	被保険者の口座名(フリガナ)
○○○○○ 銀行	○○○○○ 支店	普通	○○○○○○○	XXXX XXXX ○○○ ○○○

〈添付書類チェック表〉

- 領収書（本紙） レシート不可
- 宛先に「受診者の氏名」がある
- 「保険外負担」又は「自費診療」の記載がある
- 但し書に「歯科検診」の文字がある
- 委任状に署名がある（任意継続被保険者以外）
- 補助金振込先の記入がある（任意継続被保険者）

健保
受付
印

健康保険組合使用欄

--	--	--