

歯科検診補助金請求書

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	
	氏名		氏名	
	住所		住所	
	電話番号		電話番号	
	生年月日		生年月日	
	検診費用		検診費用	
	健保 記入 欄	健保補助額		健保補助額

※2024年4月1日～2025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
	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		

〈添付書類チェック表〉	健保 受付 印	健康保険組合使用欄		
<input type="checkbox"/> 領収書（本紙） レシート不可 <input type="checkbox"/> 宛先に「受診者の氏名」がある <input type="checkbox"/> 「保険外負担」又は「自費診療」の記載がある <input type="checkbox"/> 但し書に「歯科検診」の文字がある <input type="checkbox"/> 委任状に署名がある（任意継続被保険者以外） <input type="checkbox"/> 補助金振込先の記入がある（任意継続被保険者）				