

# 歯科健診補助申請書

「あなたの町の歯医者さん情報」

<http://www.aichi8020.net/tooth/index.html>

に掲載されていない歯科医院での受診専用

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日: 20 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者 氏 名	⑧ シャチハタ可																																		
	連絡先 住 所 電話番号	〒 - 都道 府県										自宅又は携帯TEL(日中連絡先) - -																											
	会社名											所属											TEL 内線																
	健診 受診者名											受診者 生年月日	西暦 年 月 日										年齢																
	健診を受けた日										20 年 月 日																												
	健診を受けた医療機関名 所在地及び電話番号										TEL( ) -																												
	★振込先は、会社を退職した方や退職予定の方のみ記入（それ以外の方は記入不要） 下記4.参照																																						
振 込 先 欄	銀 行										本 店										預金 種目																		
	信用金庫										支 店										口座 番号																		
	農 協										出 張 所																												
銀行コード										支店コード																				ゆうちょ銀行は振込用の 店名・口座番号を記入ください									
口座名義（被保険者名義に限る）カタカナで記入																																							

## ◆注意事項

- 1.事前に歯科医院へ歯科健診が可能か確認したうえで、予約をしてください。
- 2.この申請書は、健診後にご自身でご記入いただく帳票です。  
(歯科医院への提示は不要です。「歯科健診表」は念のため医院にご持参ください)
- 3.健康保険と併用した場合は**すべて治療扱いとなりますので補助の申請はできません。**

## ◆補助利用要領

- 1.補助対象者 : **下記のすべてを満たしている方**
  - 1.「あなたの町の歯医者さん情報」に掲載されていない歯科医院で健診した方  
<https://www.aichi8020.net/tooth/index.html>
  - 2.健診費用の**領収書**、受診結果記入の**歯科健診表** を受理した方
  - 3.豊田自動織機健康保険組合の被保険者又は被扶養者の方
- 2.補助の上限 : ①歯科健診(歯・口腔内の検査、歯磨き指導) **2,000円/回**  
②歯冠クリーニング(歯石除去は対象外) **1,000円/回**  
③フッ素塗布(～16才まで) **800円/回**
- 3.添付書類 : ・健診実施内容(上記①～③)の但し書きが記された「**領収書**」の原本(コピー不可)  
・健診結果「**歯科健診表**」のコピー
- 4.補助金入金 : **原則、毎月20日までに健保に届いた申請書について、事業所を経由して翌月給与支給日に還付** (事業所により異なる場合あり)

## ◆個人情報について

ご提出いただいた健診データは、個人情報として責任をもって取り扱い、保健事業以外の目的には使用いたしません。

詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/>

をご覧ください。

健 保 記 入 欄	決済事項		支 給 ・ 不支給 (理由: )	
	対象者		被保険者 ・ 被扶養者	
	項 目	歯科健診	上限 2,000円	円
		歯冠クリーニング	上限 1,000円	円
		フッ素塗布	上限 800円	円
	補助金額合計		円	
決 済	事務長	GM	担当	

## <問合せ・申請先>

〒448-0847

愛知県刈谷市宝町8丁目1番地

豊田自動織機健康保険組合

保健事業グループ

外線 0566-21-7784

内線 70-4613

健保受付印