

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 險 者 記 入 欄	保険証の 記号番号	記 号	番 号		被保険者 氏 名	(印) 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	銀 行			本 店			預 金 種 目	口 座 番 号				
		信用金庫	農 協	支 出	店 張 所	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

- 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。
- 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)
- 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

- 補助対象者 : **下記のすべてを満たしている方**
 - 「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
<http://www.aichi8020.net/tooth/index.html>
 - 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
 - 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
- 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**
- 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**
- 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