|  |
| --- |
| 支給決定額 |
| 円 |
| 支給日：令和 年 月 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

■対象者：**2023年度**に対象事業所の被保険者に実施した栗田健康保険組合Ｗeb歯科問診（デンタルＩＱチェ

ック）判定結果から、栗田健康保険組合より受診勧奨通知を受け取られ歯科健診を受診した被保険

者

■補助金額：上限５，０００円（税込）

※保険診療で受診された歯科健診（歯の検査、歯垢・歯石除去、ブラッシング指導）の窓口

負担額について、年１回限り補助いたします。

＜お問合わせ先＞

栗田健康保険組合

東京都中野区中野4丁目10番1号

中野セントラルパークイースト１０階

TEL　050-3498-3559

FAX　03-3319-2053

**歯科健診補助金申請書**

**※提出いただいた情報は、当健保組合で費用補助を適正に行うために使用し、それ以外の目的では使用しません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証 | 記号 | | 被保険者  氏　　　名 |  | | 生年月日 | | 昭和  　年　　　　月　　　　日生  平成 |
| 番号 | |
| 住所  TEL | （〒　　　　　－　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 受診日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | 受診医療  機関名 |  | | |
| 補助金振 込  指　定  口　座 | 銀行名 |  | | | 支店名 | |  | |
| 普通預金  口座番号 |  | | | 口座名義 | |  | |

|  |
| --- |
| **裏面に歯科医院が発行した「領収書（原本）」を貼付してください（必須）。**  **【注意】**  ＊「領収書」には、受診者氏名、診療年月日、診療内容（保険診療項目および保険点数）、領収金額、  医療機関名、医療機関住所・電話番号が記載されていることをご確認ください。  合わせて「診療明細書」を受取られた場合は、こちらも貼付してください。  ＊歯垢・歯石除去以外の歯の治療、歯ブラシ・デンタルフロス等の物品購入代金は補助対象外です。  **歯科健診補助金申請書の提出期限：2024年6末日健保組合必着** |