

健 保 使 用 欄				常務理事	事務長	担当者
決 定 年 月 日		人 数	本人 家族			
支 給 金 額	円					

「令和7年度 歯科検診補助金支給取りまとめ表」

大阪府電気工事健康保険組合 殿

下記のとおり歯科検診補助金の申請をします。

事業所記号				令和 年 月 日
事業所所在地				
事業所名称				
事業主名				
担当者氏名		連絡先番号		

※提出前にチェックをお願いします。 番号順に並べました
 領収書の記載内容を確認しました

申請書枚数	枚
-------	---

決定した補助金については、予め登録していただいている被委任者口座にお支払いします。

注 意 事 項

【申請書の添付書類について】

- 予防接種を受けた医療機関の発行した「領収書（原本）」を添付してください。
 以下の記載のある領収書、レシート等が補助の対象です。必ずご確認ください。

●日にち ●氏名 ●金額 ●医療機関名 ●検診内容 ●領収印

【期間について】

- 対象期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日
- 請求期間：令和8年4月10日（金）必着

【補助金額・回数について】

- 補助金額：被保険者・被扶養者 2,000円
 ※実際の検診負担金額が補助金額内の場合は実際の費用を支給します。
- 補助回数：期間内1回

【その他留意事項】

- 事業主（事業所）名義の領収書では補助金は支給できません。
 必ず個人名義の領収書をご用意ください。
- 補助金申請書については、事業所ごとにまとめていただき、一括で送付してください。
 （一ヶ月に一度等）
- 補助金支給申請書は保険者証の番号順に並べてください。
 Excel等で別表として作成する場合は、申請書に必要な記載情報（記号、番号、氏名、統柄、予防接種日、窓口負担額）を入力の上、番号順にしてください。
 健保使用欄の枠も作成ください。
- 領収書の記載もれについては、提出前に担当者様でのご確認をお願いいたします。