

令和8年度 歯科検診補助金支給申請書

事業所名

- ◎この補助金は事業所を通じて支給します。(とりまとめ表が必要です)
- ◎必要事項を記入し、領収書添付のうえ、事業所担当者へお渡してください。
- ◎番号順に記載してください。

※番号順に記載してください。

記号	番号	受検者氏名	続柄	検診日	窓口負担額	※健保使用欄		
						本人	家族	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円
			本・家	令和 年 月 日			00	円

注 意 事 項

【添付書類について】

- 申請用紙に必要事項記入し、**領収証原本、検査結果の写しを添付してください。**
領収書に氏名、受診日、検査内容、金額が記載されていること、領収印をご確認ください。
- 補助金は届出いただいている受領委任口座宛に支給いたします。
- 補助対象 自費（10割負担）にて受診した歯科検診費用

以下は対象外となりますので提出前にご確認ください。

- ・領収書・レシートに検査内容、明細の記載がない
- ・保険診療で受診した（負担割合、点数の記載がある）
- ・自費で受けた結果保険診療になり、窓口で2～3割負担した
- ・市区町村配布のクーポンを利用して受診した

- 対象者 被保険者・被扶養者
- 補助金額 2,000円を上限とする（上限に満たない場合は実費を至急）
- 対象期間 令和8年4月1日～令和9年3月31日
- 請求期間 令和8年4月1日～令和9年4月9日（金）必着

- 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。

※事業所ご担当者さまへ

大変お手数をおかけしますが、本申請書は「歯科検診補助金取りまとめ表」にておまとめいただき、健康保険組合へ一括送付していただきますようお願いいたします。「歯科検診補助金取りまとめ表」はホームページにも掲載しております。

URL: <https://www.denkikoujikenpo.com> TEL 06-6486-9013

大阪府電気工事健康保険組合