

健康保険 歯科健診（個人・提携外）受診費用補助金支給申請書

被保険者証の記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	申請日	令和	年	月	日
	番号			事前承認日	令和	年	月	日			
被保険者氏名と印	フリガナ		印	被保険者住所		〒					
						電話 ()					
補助金振込先 (被保険者名義)	銀行			本店			普通				
	信用金庫			支店			当座				
口座番号		口座名義(カナ)									

	受診者氏名	続柄	受診日	申請金額 【実際にかかった費用】	支給金額 【※記入しないでください】
①			令和 年 月 日	円	円
②			令和 年 月 日	円	円
③			令和 年 月 日	円	円
④			令和 年 月 日	円	円
⑤			令和 年 月 日	円	円
合計人数		人	合計申請金額	円	円

被保険者については**事業所健診を受診できない理由**を選択。「その他」の場合には**具体的な事由**を記載。
 勤務先オフィスで事業所健診が実施されないため 業務の都合で実施期間中に受診できないため
 その他 ()

【申請上の注意事項】

1. 補助金対象になる健診受診期間； **毎年度、2月末日まで**
2. 補助の対象者
健診受診日に当健康保険組合の被保険者および16歳以上の被扶養者の資格を有する方で、**保険証を使用せず**、「保険外」医療として受診する方。詳細は健保HP「健康への取組」をご確認下さい。
3. 補助金額
1人につき5,000円(税込)を上限として、歯科健診にかかった費用を補助します。
 ※受診者が複数ある場合には、世帯単位で取り纏めのうえ申請をお願いします。
 ※健診結果報告書の作成に費用を要する場合には健診費用との合算金額を申請金額としてください。
4. 申請方法
次の3点を当健康保険組合に郵送または社内便にてご提出ください。
 - ・ 歯科健診（個人・提携外）受診費用補助金支給申請書<本紙>
 - ・ **領収書(原本)** [受診日、受診者の氏名(全員)、費用明細の記載あるもの]
 - ・ **健診結果報告書** (受診した歯科医院等作成のもの)
5. 申請期限
令和3年3月19日(金)必着
 ※申請期限を過ぎたものについては、補助金をお支払いできない場合がございます。予めご了承ください。
6. 送付先
〒222-8563 神奈川県横浜市港北区新横浜1-5-5 マクニカ第2ビル マクニカ健康保険組合 宛
7. その他
事業所健診(集団健診)、提携先歯科医院等での個人健診を受けられる方は、健保への申請は不要です。健保HP等にて受診・申込要領をご確認ください。

マクニカ健康保険組合

