

カルビー健康保険組合 行

歯科健康診査補助金支給申請書

被保険者の 記号・番号	記号:	被保険者 (申請者) 氏 名	フリガナ	生 年 月 日	
	番号:			昭 平	年 月 日
被保険者 (申請者) 住 所	〒		事業所 及び部署	電話 () -	
歯科健診等 (該当に「レ」を 付けて下さい)	☐ 口腔診査 ☐ 歯科保健指導 ☐ 予防的処置				
受診医療機関名			医 師 名		
医療機関所在地					
歯科健診日	年 月 日				
被保険者の自己負担額 (実際に支払われた金額をご記入ください)			円		

※保険診療でない歯科健診・・・自己負担のうち、上限5,000円を補助。

振 込 先 口 座 情 報 記 入 欄

振込先 (被保険者ご 本人名義の口 座に限ります)	銀 行 本 店 普通・当座 信用金庫 支 店 信用組合	口 座 番 号
	口座名義人 (フリガナ)	

【提出先】カルビー健康保険組合 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5丁目2 3 番 5 号 代々木イーストビル5F TEL : 03-5990-2926

領収書 貼付

- 【申請上の注意】
- 1.検査費用の全額を自己負担したものが補助対象となります。
(健康保険証を用いて検査を受けた場合は保険診療となり、補助金申請の対象となりません。)
 - 2.領収書は必ず原本（領収印のあるもの）とし、宛名は受診した本人の名前で領収書の発行を受け、提出してください。
 - 3.締め切りは2027年2月28日健保必着となります。期日を過ぎるとお支払いができません。

【添付するもの】
領収書 原本（受診者氏名、治療の種類が明記されたもの）

年 月 日提出

受付日付印