

歯科検診補助金申請書

利用者	被保険者等 記号・番号	記号 番号
	被保険者 氏名	
	生年月日	昭・平 年 月 日生 歳
	住所	〒
受診日	令和 年 月 日	
医療機関名		
窓口負担金額	¥	
(健保組合記入欄) 健保補助金額	¥	

歯科検診を受診した場合年1回に限り2,000円補助します。

※領収書(写可)添付

上記のとおり歯科検診を受診しましたので、補助金を請求いたします。

令和 年 月 日

事業所名

被保険者名

関東信用組合連合健康保険組合

理事長 殿