

歯周病予防検診利用補助金申請書

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		TEL ()	
受診者氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	(4月1日現在) 生 満 才
保険証・記号番号	記号	番号(社員番号)	受診日
医療機関	名称： 所在地：		
検診費用	円	受診者負担金	円
上記の通り歯周病予防検診を受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 _____			

- (注) 1 受診対象者 4月1日現在 35歳、40歳の被保険者及び被扶養配偶者
 2 健康保険組合の補助額 上限 3,000円(税抜)
 3 医療機関の「領収書」原本(受診者名の記載されたもの)を添付し伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。
 送付先 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合(社内便: ITCKH)
 4 補助金は健康保険組合よりご指定口座に振り込みます。(毎月10日締、20日支払)

指定銀行	口座 NO.	口座名義(カナ)
銀行 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

健保組合が 記入・処理	(総額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円 —	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。