

支 給 額	平成 年 月 日			
	常務理事	事務長	経理担当	担当
¥				

ノバルティス健康保険組合 御中

歯科検診 補助金申請書

下記のとおり、補助金を申請します。

補助申請額 ¥ _____

健保番号	記号 番号	被保険者氏名	印
勤務先／所属			
検診日	平成 年 月 日		
健診機関名			
検診者	☐ 本人		
	☐ 被扶養者(氏名) 続柄()		
	☐ 被扶養者(氏名) 続柄()		
	☐ 被扶養者(氏名) 続柄()		

*** 補助金は一人当たり 2,500 円を限度とします。(2,500 円未満の場合は、実費相当額)**

注意事項

1. 領収書は、検診者名、歯科検診であることが記載された領収書原本を裏面に糊付けしてください。
2. 太枠内を記入し、必ず請求印を押してください。(押印漏れは、補助金の支給がされません。)
3. 保険診療は補助の対象外となります。領収証を受け取られる際に、自費診療であることをご確認ください。