



総 額	円
一部負担金	円
差引支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	年	月	日

歯科検診費用補助支給申請書（疾病予防補助金）

事務所C	事務担当

※ 受診当日25歳以上の健保加入者（保険診療・治療中は対象外）

大日本印刷健康保険組合 御中

社員番号 d123456

住 所 東京都新宿区矢来町5-6-3

下記のとおり申請いたします。

被保険者氏名 健保 太郎

被保険者証	記号	XX	所属	会社名 DNP XXXXX	
	番号	9999		第2工場 部 XXXX 課	
歯科検診を受けた医療機関	医院名:〇〇歯科医院 所在地:東京都新宿区市谷加賀町〇-〇-〇 電話番号: 03-(XXXX)XXXX			健康保険を使って「保険診療」として行った歯科検診は当費用補助の対象となりませんので、ご注意ください。	
歯科検診受診日	令和 XX 年 12 月 10 日		かかった費用	8,000 円	
受診者名	健保 太郎		続柄	本人	生年月日 昭和・平成 56 年 4 月 2 日 (満 40 歳)
前回の歯科検診受診日(申請あり)	令和 年 月 日	医院名	今回初めて		
確認項目	☒ 現在治療中ではありません。(治療中でないことが補助の条件になります)				
実施項目	☒ 虫歯・歯周病の検査 ☐ 粘膜疾患の有無 ☒ X線撮影 ☐ ブラッシング指導 ☐ 歯石除去 ※ホワイトニングは対象外です。				
検診結果	☐ 異常なし(良好) ☐ 要指導(定期的な観察が必要) ☒ 要精密検査(歯科医院での精密検査、治療が必要)				

委任状	私は事業主を代理人と定め、この疾病予防補助金の受領を委任します。			
	被保険者氏名:健保 太郎 株式会社DNP XXXX XX 年 12 月 14 日 代理人職氏名:総務部長 川田 三郎			

領収書	金 円也 領収いたしました。
	XX 年 12 月 14 日 株式会社DNP XXXX 代理人職氏名:総務部長 川田 三郎

【注意】この申請書には、料金の内訳がわかる領収書(原本)を添付願います。

XX年 12月 14日 提出

歯科検診費用補助限度額は、3,000円です。

入力番号		点検者	
------	--	-----	--