



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
住 所
被保険者氏名
下記のとおり申請いたします。

被保険者証	記号		所属	会社名	
	番号			部 課	
歯科検診を受けた医療機関	医 院 名： 所 在 地： 電話番号：（ ）				
歯科検診受診日	令和 年 月 日	かかった費用		円	
受診者名		続柄	本人	生年月日	昭和・平成 年 月 日
			家族		（ 満 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 ☐ レントゲン撮影 ☐ 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：	代理人職氏名：
	年 月 日	

領収書	金 円也 領収いたしました。	
	年 月 日	代理人職氏名：

【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。 年 月 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	
------	--	-----	--