

常務理事		担当者

事業主主催 集団歯科健診補助支給申請書

(事業所申請用)

年 月 日

中部アイティ産業健康保健組合 理事長 殿

健康保険記号	申請人数	総費用	申請金額
	名	円	円
医療機関名		医師名	
事業所所在地 〒			
事業所名称			
事業主名			

注意事項	添付書類
1. 補助対象者 被保険者・1歳～74歳の被扶養者 2. 受診期間 4月～翌年1月 3. 受診費用 総費用の50%を補助(上限20万円) ※歯科健診費用、交通費、会場費用込みの総費用 4. 受診回数 年度内1回 5. 申請期限 申請年度内3月15日 6. 支払方法 当月20日締め、当月末日支払い (12月、3月は15日締め、当月末日払い) (土・日・祝日の場合は前日分までで締め切り)	・領収書(原本) ※領収書には以下の記載が必要 ①健診日 ②医療機関名 ③医師名 ④総費用 ⑤受診人数 ⑥歯科健診である旨の記載 ・請求書(写)

◆補助額は事業所の保険料振替口座にお振込みいたします。

受付日付印

健康保険組合処理欄	
支給額	円
支給日	年 月 日

【提出の流れ】事業所 → 健保組合