

歯科検診補助金申請書

【注意】・①を記入し、本紙を持参の上検査を受診してください。  
・保険証を用いて検査を受けた場合の自己負担金については、補助金申請の対象となりませんので、注意願います。

①被保険者記入欄

|                  |             |                  |                   |    |  |
|------------------|-------------|------------------|-------------------|----|--|
| 被保険者証記号番号        | 記号<br>番号    | 日中連絡がとれる<br>電話番号 |                   |    |  |
| (フリガナ)<br>被保険者名  |             | メールアドレス※任意       |                   |    |  |
| (フリガナ)<br>検診受診者名 |             | 被保険者<br>勤務先名     |                   |    |  |
| 検診受診年月日          | 年<br>月<br>日 | 健診受診者<br>生年月日    | 年<br>月<br>日 ( 歳 ) | 続柄 |  |

②歯科検診機関様ご記入欄

記入料金が発生する場合は、その金額については補助対象となりませんので記入は不要とし、領収書に必ず実施項目を記入願います。  
歯科検診機関が記入できない場合は、受診者が太枠内全てを記入してください。

キオクシア健康保険組合補助対象となる検査項目の目安です。実施検査項目にチェック（ ✓ ）願います。

| 検査内容   |                           | チェック欄 |
|--------|---------------------------|-------|
| 口腔内検査  | 歯の状態の検査                   |       |
|        | 歯肉の状態の検査                  |       |
|        | 口腔粘膜の検査                   |       |
|        | 他（                      ） |       |
| 歯科保健指導 | 口腔衛生指導                    |       |
|        | 食事指導                      |       |
|        | 他（                      ） |       |
| 予防的処置  | 歯面清掃研磨                    |       |
|        | 緑上歯石除去                    |       |
|        | フッ素塗布                     |       |
|        | 他（                      ） |       |

※歯科検診の結果を、下記 1 ～ 3 に○をお願いします。

|      |   |            |
|------|---|------------|
| 検診結果 | 1 | 健全(健康)     |
|      | 2 | 経過観察（受診不要） |
|      | 3 | 要治療（治療中含）  |

健診機関名：  
\_\_\_\_\_

※ 領収書は、歯科検診単独のものを発行いただくか、  
歯科検診分としての金額がわかるように明記願います。

※ 審美目的となるもの（ホワイトニング含む）は、補助対象外です。

■振込先金融機関（被保険者名義の口座を記入してください。なお未記入の場合は給与の第一口座に振込いたします。）

|         |      |                |  |
|---------|------|----------------|--|
| 銀行      | 本店   | 支店番号           |  |
| 金庫      | 支店   |                |  |
| 普通 ・ 当座 | 口座番号 | (フリカナ)<br>口座名義 |  |

■以下の必要書類2つを、以下の送付先に送付してください。

|         |                                                                                   |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 必要書類    | ①歯科検診補助金申請書（本紙）、②領収書(原本必須)                                                        |
| 送付先     | (株) バリュー H R BPO健保事務処理センター キオクシア健保係<br>〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12 S-FRONT代々木ビル2F |
| 申請書提出期限 | 検診日から2ヵ月以内                                                                        |

■お問い合わせ先

キオクシア健康保険組合      TEL：03-6384-1333      E-mail：info@kioxia-kenpo.com

■注意事項

- 1 従業員の方は会社で歯科検診が実施される場合は、必ず会社の検診を受診してください。(会社の検診を受診した場合は補助対象外)
- 2 歯科検診補助限度額は、6,160円（税込）です。
- 3 年度内に検診者各 1 回補助します。

キオクシア健康保険組合〔2023年7月版〕

健康保険組合記入欄

|      |   |
|------|---|
| 補助金額 | 円 |
| 振込金額 | 円 |
| 振込日  |   |

|     |     |
|-----|-----|
| 事務長 | 担当者 |
|     |     |