

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 ●●● 番号 ●●●	日中連絡がとれる電話番号	090 - ●●●● - ●●●●		
(フリガナ)被保険者名	ケンポ 健保 タロウ 太郎	メールアドレス※任意	●●●●●●● @ ●●		
(フリガナ)検診受診者名	ケンポ 健保 ハナコ 花子	被保険者勤務先名	キオクシア株式会社		
検診受診年月日	2023 年 7 月 15 日	健診受診者生年月日	1981 年 7 月 1 日 (42 歳)	続柄	妻

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： ●● 歯科

※ 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。）

キオクシア	銀行 金庫	東京	本店 支店	支店番号	●●●
普通・当座	口座番号	●●●●●●●●	口座名義人名 (カタカナ)	ケンポ タロウ	

■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HR BPO健保事務処理センター キオクシア健保係 〒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