

歯科検診補助金申請書(海外駐在者用)

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			
(フリガナ) 被保険者名		メールアドレス※任意			
(フリガナ) 検診受診者名		被保険者 勤務先名			
検診受診年月日	年 月 日	健診受診者 生年月日	年 月 日 (歳)	続柄	

■ 検診受診金額を記入してください。

検診コース	検診受診金額を記入	自己負担	健保補助金額上限	補助金額確定額 (健保記入欄)
歯科検診 (検査内容は以下表にチェックをお願いします)	円	健保補助金額上限 超過分	上限6,160円	

※年度内に検診者各 1 回補助。

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。
右表の実施検査項目にチェック (✓) をしてください。

医療機関名：

※ 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。

※ 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)

※ 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。

検査内容		チェック欄
口腔内診査	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	
	縁上歯石除去	
	フッ素塗布	
	他 ()	

■ 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口座に振込いたします。）

銀行 金庫	本店 支店	支店番号	
普通 ・ 当座	口座番号	(フリカナ) 口座名義	

■ 以下の必要書類 3 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(海外駐在者用) (本紙)、② 領収書(原本必須)、 ③ 領収書の日本語訳
送付先	TTヒューマンアセットサービス (株) 人事勤労シェアードサービス部 (海外) 健保担当 〒212-0058 神奈川県川崎市幸区鹿島田1-1-2 新川崎三井ビルディング West Tower 24階
申請書提出期限	検診受診日から3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

キオクシア健康保険組合 [2022年9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