

任意継続
本人用

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

口腔健診費用補助申請書

申請日	年 月 日		* 補助額欄を除く太枠内に記入してください			
保険証 記号・番号	記号 9999	番号	被保険者氏名			
医療機関名			受診日	年 月 日		
検査費用		円	補助額	円		
※振 込 先	口座名義 (被保険者名義のもの)	フリガナ				
	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行	信 金 農 協	支 店 名	本店 支店 出張所	
	口座番号 (右詰で記入)	普通 口座				
	ゆうちょ 銀行	記号 番号	1		0	

※記入不要です。原則、加入時に登録いただいた金融機関の口座に振り込みます。
当該口座が利用できない場合のみご記入ください。

- ◆ 添付するもの
 - * 領収書の原本
 - * 医療機関発行の検査結果表のコピー
定型の用紙がない場合には、ホームページにある歯科健診表を利用ください。

健保受付印

- ◆ 補助金について
 - * 5,000円までの実費

(保険証を使用した場合は補助の対象外となります。)

承認欄

常務理事	事務長	経理	担当