

記入例

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 番号	被保険者氏名 (社員氏名)		
事業所名	所属 (略号)	受診日	年 月 日	
医療機関名				
検査費用	円	補助額	円	

※保険証で確認してください

記号: 社員・アルバイト等は「10」
ユニオン専従職員は「50」
任意継続被保険者は「9999」

ご本人の在籍事業所と所属を記入してください。
(所属は略号で可)

実際にかかった費用の額(領収書に記載されている額)を記入ください。

◆ 支払方法
補助金は事業主(会社)を通じ、給与支給時にお支払いさせていただきます。

◆ 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