

■給与振込により支給される事業所の申請用（敬称略）

トヨタカローラ兵庫(株)・ネットトヨタ神戸(株)
(株)トヨタレンタリース兵庫・(株)トヨタレンタリース神戸

常務理事	事務長	担当者

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 殿

歯科健診補助金申請書

記入日

私は、補助金を事業主経由で受け取ることに同意したうえで歯科健診補助金を申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	(記号) 健康保険証カード 記号	(番号) 健康保険証カード 番号	被保険者氏名	受診者の名前及び下段：生年月日 令和7年4月1日時点の年齢	
			生年月日・年齢 (昭・平 年 月 日) 歳 (R7.4.1時点の年齢)		
被保険者住所	(〒 -) 受診者の住所		事業所名称	受診者が勤めている会社名	
連絡先 (電話番号)	-		・自宅 ・携帯 ・職場	※日中連絡がとれる番号をご記入ください。 (自宅/携帯/職場) いずれか選択してください。	
続柄	本人	健診日	令和 年 月 日	支払合計金額	円

健診日及び健診にかかった費用を記入
令和7年4月1日の時点の年齢で補助金額決定

*支給決定額
(組合記入欄) 円

★太枠内のみ必ずご記入ください。(※枠内は組合記入欄です)

※補助金は、令和7年2月の給与振込となります。

但し、令和6年12月20日までに退職される方は給与振込できませんので、健康保険組合までご連絡ください。

《領収書についての注意事項》

- 医療行為で受診した領収書は受付できません。(歯科健診で受診した領収書のみ)
- 領収書の原本を添付(ホッチキス留め)してください。(領収書はお返ししません)
- 領収書には必ず医療機関で次の項目を記入してもらってください。

- | | |
|----------------------|-------------|
| (1) 受診者氏名 | (4) 医療機関名 |
| (2) 受診内容(「歯科健診代」と明記) | (5) 医療機関領収印 |
| (3) 受診年月日 | (6) 支払金額 |

※家族纏めた領収書の場合は、余白に個別の明細(氏名・受診日・受診費用)を記入してもらい、追記部分に病院の認印をもらってください。

【留意事項】

- 歯科健診受診において、当健康保険組合に加入している被保険者の方が対象です。
- 令和6年7月1日(月)～令和6年12月20日(金)の期間に受診されたもの1回に限り申請できます。
- 申請書に領収書(原本)を添付して、被保険者が勤務する事業所(会社)の健康保険組合担当窓口まで提出してください。
- 令和7年1月10日(金)事業所到着分まで受付します。1月15日(水)以降健康保険組合到着分については受理できません。
- 受診費用のうち受診された被保険者の方は全員、3,300円の補助をいたします。(年齢基準：令和7年4月1日時点)
- 受診費用が3,300円未満の場合は実費額を支給します。
- 市区町村による公費助成制度が利用できる場合は公費負担を優先し、公費による補助額を差し引いた額を支給します。

《提出経路》 (被保険者)→(事業所)→(健康保険組合)