

- 京都府内の医療機関で歯科健診を受けられる場合はこの申請用紙は利用できません。
 京都府内で歯科健診を希望される場合は必ず事前に芸術家国保までご連絡ください。

支 出 決 定			支 給 日	令 和 年 月 日
常務理事	事務長	係		
			支 給 金 額	円

歯科健診助成金申請書（京都府外）

保険証記号番号	芸 一	受診者名	
受 診 日	年 月 日	健診機関の名称 (病院名)	
自己負担金額	円		
<p>上記のとおり歯科健診助成金を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 千 円</p> <p style="text-align: right;">住所.....</p> <p style="text-align: right;">組合員.....</p> <p style="text-align: right;">(事業主) 氏名..... (印)</p> <p style="text-align: center;">京都芸術家国民健康保険組合理事長 様</p>			
振 込 先	銀行 (店番) 信金 支店 普・当・貯蓄 フリガナ..... 口座番号..... 口座名義人.....		
委任の欄	この欄は助成金の受領を申請者(組合員)以外の口座に振込む場合に記入してください。	助成金の受領を () に委任します。 令和 年 月 日 組合員氏名..... (印)	

* 太枠内だけ記入してください。

申請期限: 受診日の属する年度末(3月31日)必着

歯科健診助成金（京都府外）実施要項

対象者 : 芸国に加入している **18歳以上**の被保険者

健診場所 : **京都府外の医療機関**

申請期間 : **受診日の属する年度末（3月31日） 必着**
※ 申請期間を過ぎた場合は助成できません。ご注意ください。

助成額 : 1名につき3,400円を上限に当年度内に1回補助。
費用が3,400円に満たない場合は実費分を補助。

検査項目 : 歯及び歯列、咬合、歯周組織検査が含まれているもの。

申請方法

○芸術家国保まで下記の書類を提出してください。

①**歯科健診助成金申請書**

②**領収書（原本）**

※受診者名（フルネーム）と領収金額、自費・歯科健診費用と記載されているもの。
（保険診療での歯科検査は助成できません）

③**健診結果表（写し）**

※申請者は必ず**組合員（事業主）**名でお願いします。

※助成金の**振込指定口座名義**が申請者と異なる場合は**委任の欄**の記入、捺印が必要です。