

歯科検診費用精算書（従業員以外）

被保険者証記号番号	－	日中連絡がとれる電話番号	
被保険者名		メールアドレス※任意	
健診受診者名		続柄	
受診年月日	年 月 日	受診した医療機関名	

健診コース	対象	自己負担	健保補助金額上限	健保記入欄
歯科検診 (口腔内検査・保健指導)	任継被保険者 特退被保険者 被扶養者 任継被扶養者 特退被扶養者 ※16歳以上	円	3,060円	

■振込先記入機関※被保険者名義の口座を記入してください

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

保険適用外の100%自費負担で受診した歯科検診が対象です。

歯石・歯垢除去やクリーニング等は補助対象外となります。

この精算書と一緒に「領収書（原本）」を添付して日立建機健康保険組合までお送りください。

精算書提出期限日 歯科検診受診日翌日より3か月以内 必着

■提出先／お問い合わせ先

日立建機健康保険組合

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14

TEL 03-5990-2185

健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込金額	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者

■ 以下、領収書を添付してご提出ください。

領収書添付