

# 歯科検診費用補助金支給申請書

## 《提出書類》

- ① 歯科検診費用補助金支給申請書
- ② 1～6が記載されている領収証(書)の原本  
1.受診者氏名 2.検診日 3.検診代金 4.医療機関等名 5.医療機関等の領収印 6.歯科検診代但し書き又は料金の内訳

対象者 : 歯科検診受診当日にマーキュリー健康保険組合の被保険者であること  
補助額 : 3,000円を限度とし、3,000円を満たない場合は実費(年度毎(4月～3月)に1回を限度)  
補助内容 : 保険診療・治療中・ホワイトニングは補助金対象外  
補助方法 : マーキュリー健康保険組合登録の銀行口座に振込

太枠内を全て記入して下さい。該当するに✓を記入して下さい。

受診者 (被保険者) 記入欄	被保険者		被保険者 氏名		被保険者 電話番号	
	記号	番号			(日中の連絡先)	
	被保険者 住所					
	(〒 - )		都 道			
			府 県			
	歯科検診を受けた医療機関					
	医療機関名 :		所在地 :			
			電話番号 :			
	歯科検診受診日		かかった費用		前回歯科検診受診日	
令和 年 月 日		円		令和 年 月 日		
確認項目						
<input type="checkbox"/> 現在治療中ではありません。(マーキュリー健康保険組合が治療中である事を確認した場合は補助の対象外となります)						
実施項目						
<input type="checkbox"/> 虫歯・歯周病の検査 <input type="checkbox"/> 粘膜疾患の有無 <input type="checkbox"/> レントゲン撮影 <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 歯石除去 ※ホワイトニングは対象外です						
検診結果						
<input type="checkbox"/> 異常なし(良好) <input type="checkbox"/> 要指導(定期的な観察が必要) <input type="checkbox"/> 要精密検査(歯科医院での精密検査、治療が必要)						

マーキュリー健康保険組合 理事長 殿

上記の通り歯科検診費用補助金を申請いたします。

令和 年 月 日 提出 被保険者名 \_\_\_\_\_

提出先 〒169-0073  
東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル  
マーキュリー健康保険組合 宛

受付印

健 保 記 入 欄	支給金額	常務理事	事務長	担当	担当
	円				
	資格取得	年 月 日			
	資格喪失	年 月 日			
	支給日	年 月 日			