

■被保険者様名義の指定口座に振込される事業所の申請用（敬称略）

兵庫トヨタ自動車(株)・神戸トヨペット(株)・トヨタカローラ姫路(株)・ネットトヨタ兵庫(株)  
トヨタエルアンドエフ兵庫(株)・ネットトヨタソナ神戸(株)・(株)HTグループ  
(株)ネット神戸サポート・神戸トヨペットグループホールディングス(株)  
任意継続被保険者・兵庫トヨタ自動車健康保険組合

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

○申請者（被保険者）

令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者氏名	
			生年月日・年齢	(昭・平 年 月 日) 歳 (R4.4.1時点の年齢)
被保険者住所	(〒 - )		事業所名称	
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

*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)

○補助金振込先（被保険者本人の預金口座に限ります）

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農協 その他	支店 (出張所)	1 普通 2 当座		カガナ

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名（漢数字3桁）・預金種目・口座番号（7桁）』を確認のうえ記入してください。

※金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関名を記入してください。

§ § お願い § § 補助金の振込みについては、「三井住友銀行」から振り込みさせていただくのですが、振込手数料軽減のために可能であれば振込先を「三井住友銀行」として指定いただければ幸いです。尚、「三井住友銀行」とのお取引がない場合は、他銀行でも振込可能です。

《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3年7月1日（木）～令和3年12月24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。（ただし、任意継続被保険者の方は直接、当健康保険組合宛に送付してください。）  
〔（一般）被保険者→事業所→健保〕 〔（任継）被保険者→健保〕
- 令和4年1月14日（金）事業所到着分まで受付します。1月19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40歳以上の方は全額の3,300円、40歳未満の方は2,000円の補助をいたします。（年齢基準：令和4年4月1日時点）
- 受診費用が3,300円または2,000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》 一般（被保険者）→（事業所）→（健康保険組合）  
任継（被保険者）→（健康保険組合）

■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

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)	(番号)	被保険者氏名	
			生年月日・年齢	(昭・平 年 月 日) 歳 (R4.4.1時点の年齢)
被保険者住所	(〒 - )		事業所名称	
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

*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4年2月の給与振込となります。

但し、令和3年12月24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3年7月1日(木)～令和3年12月24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4年1月14日(金)事業所到着分まで受付します。1月19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40歳以上の方は全額の3,300円、40歳未満の方は2,000円の補助をいたします。(年齢基準：令和4年4月1日時点)
- 受診費用が3,300円または2,000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)