

四国内専用

黄色の欄・箇所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

四国電力健康保険組合

歯科健診受診証明書 兼 費用補助申請書(平成〇〇年度)

受診者記入欄

申請日 平成 〇〇年 〇月 〇日

(注)記入欄はエンピツ書き不可

| | | | | | | |
|------------------|--|------------------|--------------------|-------------------|----|-------------|
| ① 被保険者証 記号・番号 | 記号 4000 | 番号 12345 | 被保険者 氏名 | 健保 太郎 | | 申請印 (健保) |
| 会社名 | 四国電力株式会社 | | 所属名 | 人事労務部 従業員サービスセンター | | |
| 日中連絡可能な連絡先 | | | 電話 (〇〇〇〇) 〇〇- 〇〇〇〇 | | | |
| 被保険者住所 | 〒 760 - 0000 香川県 〇〇市 〇〇町 〇-〇〇 電話 (〇〇〇〇) 〇〇- 〇〇〇〇 | | | | | |
| ② 受診者 氏名 | フリガナ ケンボ ハナコ | 生年月日 | 昭和 平成 | 41年 5月 1日 | 性別 | 男性 女性 |
| 漢字 | 健保 花子 | 平成〇〇年3月 末の満年齢 | 〇〇歳 | 被保険者 との続柄 | 妻 | |

◆健保に費用補助を申請する際の添付書類(必)
※本申請書および検査結果等の証拠書類は、健

<記入時の注意事項>

- ①被保険者の情報をご記入ください
- ②検診を受診した方の情報をご記入ください

医療機関記入欄

| | | | |
|------------------|----------------|-----------|---------|
| 受診日 | 平成 年 月 日 (曜日) | | |
| 歯科健診 受診費用 (A) | 3,000 円 | 合計 | 3,150 円 |
| 消費税 (B) | 150 円 | (A) + (B) | |

以上のとおり、相違ないことを証明する。

住 所

平成 年 月 日

医療機関名

印

証 明 者

印

(注)記入内容を訂正する場合は、二重線を引いて証明者の訂正印を押下ください。(修正ペン等は使用しないでください)

健保組合記入欄

<健保補助額計算>

| | |
|-------|---|
| 健診費総額 | 円 |
| 窓口負担額 | 円 |
| 健保補助額 | 円 |

健保補助額合計 円

| | | |
|----|----|----|
| 受付 | 登録 | 支払 |
| | | |
| . | . | . |