

四国外専用

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23年度)

受診者記入欄

申請日 平成 23年 4月 20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				
② 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						
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24年3月 末の満年齢	45歳	被保険者 との続柄	妻

※本申請書および検査結果等の証拠書類は、健診事務

<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)	円	合計	円
消費税 (B)	円	(A) + (B)	

(注)消費税が受診費用に含まれている場合は記入不要です。

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