

歯科検診費用精算書

* 電子申請システムがご利用になれる方は郵送が不要で便利な電子申請システムをご利用ください。

| | | | |
|-----------|-------|------------------|--|
| 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 | 対象年齢 | 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) *保険適用の検診、保険適用 外治療は補助対象外です | 被保険者 16歳以上 被扶養者 | | 5,500 | |

■ 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) | | |

保険を適用せず100%自費負担で受診した歯科検診が対象です。

この精算書と一緒に「領収書（原本）」を添付してセールスフォース健康保険組合までお送りください。

精算書提出期限日 受診年度期末日（3月31日） 必着

■ 提出先／お問い合わせ先

セールスフォース健康保険組合

東京都千代田区丸の内1-1-3 日本生命丸の内ガーデンタワー

TEL 03-4222-3000 info@salesforce-kenpo.jp

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 |
| | | | |