

# 健康診断補助事業実施要領

## 1. 対象者 ※

(節目健診該当者以外の)1種組合員本人とその配偶者、2種組合員本人  
(節目健診該当者以外の)3種組合員本人

## 2. 補助金額

1種組合員本人とその配偶者、2種組合員本人 : 上限 10,000円まで

3種組合員本人 : 上限 4,000円まで

(健診費用が助成金額に満たない場合は実費分のみ支給。申請は、同一年度内1回まで)

## 3. 受診機関

健康診断・人間ドックが受けられる医療機関、健診機関

(保険証を使用した健診は補助の対象外です。必ず自費の検査にしてください。)

## 4. 実施期間

**2024年4月1日から2025年3月31日までの間の受診とする。**

## 5. 申請方法

・健康診断助成金支給申請書に必要事項を記入し、領収書(原本)を添付してください。  
(領収書はお返しできません。また、コピーは不可です。)

### 領収書について(ご確認ください)

内容に不足のある領収書での申請は受け付けできません。

**人間ドック・健康診断料であること**(保険適用の領収書は補助の対象外です。)

**受診者の氏名**(診療所名義の領収証は、受診者全員の氏名を記載してもらってください。)

**受診年月日**

**受診費用**(診療所名義の領収書は、受診者個別の費用が分かる明細も添付してください。)

**受診医療機関・健診機関名称**

・支払い方法により銀行のキャッシュサービス明細票、カード明細等しかない場合は、上記が確認できる書類も合わせて添付してください。

## 6. 申請期限

**2025年3月31日支部事務所必着です。**

**ご注意ください！！**

・控えの必要な方は、あらかじめコピーを取るなどしてからご提出くださいませ。

(送金には2か月ほどお時間をいただく場合があります。)

※1種組合員 : 新潟県歯科医師会会員

2種組合員 : 1種組合員に雇用される歯科医(勤務医)

3種組合員 : 1種組合員に雇用される従業員(衛生士、技工士、助手、事務員等)

※申請は診療所で合算し、年度内1回限りです。

◆健診受診期間 2024年4月1日～2025年3月31日  
◆補助金申請期限 2025年3月31日支部事務所必着

令和6年度

健康診断補助金支給申請書

No. \_\_\_\_\_

1種組合員 被保険者番号	全歯15-	院長先生氏名	(印)
診療所住所 診療所名 電話番号	(電話 _____ - _____)		

【注意！】節目健診該当者はこの用紙では申請できませんので記入しないでください。

被保険者証番号	健康診断受診者氏名	支払金額	決定額 ※組合使用欄
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			
全歯15-			

上記のとおり領収書(原本)を添えて申請致します。

金融機関番号				店番号																			
銀行・信金 信組・農協				支店 出張所																			
預金種別	1.普通	2.当座	9.その他	口座番号																			
口座名義 (医院又は院長 先生名義の口座)		▼カタカナで記載してください(医療法人社団は イ. と表記)																					
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					

全国歯科医師国保組合新潟県支部長 殿

- ✓ 提出前にご確認ください。(不備がある場合は返戻させていただきます。よくご確認ください。)
- 領収書は誰にいくらかったか分かる領収書をつけてください。(名簿や明細付のもの)
- 診療所で取りまとめ医院または院長先生名義(1種組合員本人)の口座を記入してください。
- 補助金支給が完了するまでは念のため、申請書のコピーをお手元で保管ください。

支給決定額	支部長	支部常務	係



- ◆申請期限は 2025年3月31日 支部事務所必着です。ご注意ください。
- ◆口座情報に相違があると訂正手数料が880円かかります。必ず通帳をご確認のうえ、記入、提出をお願いいたします。