

歯科検診費用精算書

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	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)	被保険者 被扶養者 ※16歳以上	円	3,060円	

保険適用外の100%自費負担で受診した歯科検診が対象です。
歯石・歯垢除去やクリーニング等は補助対象外となります。
この精算書と一緒に「領収書（写し）」を添付してプロテリアル健康保険組合までお送りください。

精算書提出期限日 歯科検診受診日翌日より3か月以内 必着

■提出先／お問い合わせ先

プロテリアル健康保険組合
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリューHRビル B1F
TEL 03-5990-2182

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

■以下、領収書を添付してご提出ください。

領収書添付