

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	●●●@ne.jp
健診受診者名	●● ●●	続柄	本人
受診年月日	2024 年 4 月 ● 日	受診した医療機関名	●●クリニック

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	1,000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