

歯科検診費用精算書

※精算に当たりご注意ください

保険証を使用して受診した場合（保険診療扱い）は補助の対象となりません。

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		生年 月日	年 月 日（ 歳） 続柄
受診年月日	年 月 日	受診した医療機関名	

■該当する健診に○をして、受診金額を記入してください

健診コース	対象年齢	該当 に○	健診受診金額	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 任継・特退被保険者 任継・特退被扶養者 16歳以上				3,060円	

■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)		

この精算書と一緒に「領収書（原本）」を添付して日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合までお送りください。 ※健診結果表は全ての項目をコピーしてください。

**精算書提出期限日 2025年3月31日（月）必着**

※健診結果表が未着で遅れる場合は連絡してください。

■提出先／お問い合わせ先

日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合  
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12 S-FRONT代々木ビル2F  
日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合事務処理センター  
TEL 03-6384-1530 info@jch-kenpo.com

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