

常務理事	事務長		担当

歯科クリーニング費用補助金支給申請書

下記の注意事項に同意のうえ、歯科クリーニング費用補助金の支給を申請します。

※令和8年6月30日までに当健康保険組合にご提出ください。

					令和	年	月	日	提出
被 保 険 者	被保険者証の	記号	番号	氏名	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	住所	〒							
					電話	()			

実施日	支払った費用	健保使用欄
令和 年 月 日	円	円

(※) 事業主を通じて給与口座にお支払いするため、必ず委任状のご記入をお願いします。

受付日付印

委 任 状	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。
	令和 年 月 日
被保険者 (請求者)	

のりしろ (領収書はこちらにのり付けしてください。コピー不可)

【申請上の注意事項】

ZARA健康保険組合の被保険者(本人)のみが対象になります。被扶養者(ご家族)は対象外です。

(実施期間:令和8年3月1日~令和8年5月31日)

補助金は5,000円が上限です。歯科クリーニング(ホワイトニングを含む)にかかった費用を補助します。

補助対象は保険診療ではなく自費診療(保険外診療)のみとなります。

申請は1人1回のみとなります。

領収書には、「受診者」の「氏名」「日にち」の記載が必要です。

実施者の領収書(原本)を、この申請書にのり付けして申請してください。

申請期限は令和8年6月30日消印有効とします。

任意継続被保険者の方は、登録している口座に振り込むため、(※)委任状の記入は必要ありません。

【申請先(提出先)・お問合せ先】

ZARA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3階

TEL 03-5357-7340