

申請可否及び申請方法

歯科医院から領収証を受け取ったら、領収証例を参考に、申請可否を確認してください

【健康保険適用外（自由診療）】で「歯科検診」を受けた場合は、費用補助申請ができます

⇒お知らせをご確認ください

「歯科検診」ではない通常の歯科治療は補助の対象外ですのでご注意ください

【健康保険適用（保険診療）】：補助の対象外です

領収証例1)

患者番号	氏名		様		発行日
0001	健保 さつき		様		令和 4年 2月28日分
受診科	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家 区分
歯科		令和 4年 2月28日		30%	本人
保険	初・再診料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断
	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	歯冠修復及び欠損補綴
	病理診断	食事療養	生活療養		その他
					歯科矯正
保険外負担	評価療養・選定	その他	保険 (食事) 保険負担		
	(内訳)	5,700円	合計	円	5,700
	(内訳)	歯科検診代	負担額	円	5,700
			領収額	円	5,700
			合計	円	5,700

前回収未収金 円 今回未収金 円

福岡県遠賀郡岡垣町海老津駅前7-10 コフォート11F

×× 歯科クリニック 印

- 1 歯科検診受診者氏名
フルネームで記載
- 2 検診費用
健康保険適用外（自由診療）
- 3 歯科検診費用であることが明記されている
但し書き：「歯科検診代」
×：「クリーニング」
×：「PMTC」
- 4 歯科検診実施年月日
- 5 歯科医院名

領収証例2)

領収証

1 健保 太郎 様 N 0001

2 ¥6,600-

3 但 歯科検診代 (保険適用外) として
入金日 令和 4年 2月 17日 上記正に領収いたしました

4 収入印紙

5 株式会社 ×× 歯科クリニック
〒110-0000 東京都港区 ×× ×× ××
TEL 03-3597-7666 FAX 03-3597-7667

印