常務理事	事務長			係

歯科予防キャンペーン申請書

被保険者証記号 （ 2ケタ）		被保険者番号 （最大4ケタ ）	

区　　分	被保険者が実施した場合（ポイント付与）	被扶養配偶者が実施した場合
実施した方の氏名		
生年月日	昭和 平成	昭和 平成
実施日	年　　月　　日	年　　月　　日
医療機関名		
窓口で支払った費用	円	円
費用区分 該当に〇	健康保険　・　自費　・自治体の補助	健康保険　・　自費　・自治体の補助
実施内容 （実施したものに〇）	・歯科検査　・エックス線撮影 ・歯石除去　・クリーニング（ＰＭＴＣ） ・ブラッシング指導　・フッ素塗布 ・歯ブラシ配布　・その他（　　） ・歯科治療継続中	・歯科検査　・エックス線撮影 ・歯石除去　・クリーニング（ＰＭＴＣ） ・ブラッシング指導　・フッ素塗布 ・歯ブラシ配布　・その他（　　） ・歯科治療継続中
感想･ご意見など（次年度の事業の参考にします。）		
※退職後に任意で加入されている方（記号が99の方）	※ポイントに代わる商品を送付しますので下記にご記入ください。在籍中の方はポイント付与のため記入不要です。 〒　　住所 TEL　（　　）　　－	

上記の通り申請します。

年　　月　　日

グラクソ・スミスクライン健康保険組合　御中

対象者　：　被保険者・任意継続被保険者・被扶養配偶者
実施期間：　①前期　5月１日～6月末　②後期　11月１日～12月末
申請書提出期間：　①前期　７月の第5営業日まで　②後期　１月の第5営業日まで
添付書類：　領収書写し、または実施内容、日にちが確認できる結果表などの写し
提出先　：　GSK健保組合 歯科C係

受付日付印