

常務理事	事務長			係

被保険者：
保険料を支払っ
ている方

歯科予防キャンペーン申請書

GSK健保の
保険証を交
付されてい
る配偶者

被保険者証記号 (2ケタ)	10	被保険者番号 (最大4ケタ)	7777	
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	グラクソ 太郎		グラクソ 花子	
生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇日	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇日
実施日	平成 25 年 6 月 9 日		平成 25 年 6 月 4 日	
医療機関名	〇〇歯科医院		〇〇歯科医院	
窓口で支払った費用	2,500 円		2,500 円	
費用区分 該当に○	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○)	○ 歯科検査 ・ エックス線撮影 ○ 歯石除去 ○ クリーニング (PMT C) ・ 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 (PMT C) ・ 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。

平成 25年 6 月 12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