

<申請書送付先>

〒136-8711 東京都江東区大島2-2-1
日本ヒューレット・パッカート健康保険組合
口腔ケア 担当 行き

常務理事	事務長	担当者

口腔ケアキャンペーン申請書

1. 申請者情報 太枠内をご記入ください

申請日	2019年 月 日	受診日	2019年 月 日 (7/1~8/31の受診が申請対象)
所属会社 (該当に○をつける)	日本ヒューレット・パッカート(株)・日本 HP ファイナンスサービス(株)・(株)日本HP DXC テクノロジー・ジャパン(株)・マイクロフォーカスエンタープライズ(株)		
保険証	記号	番号	氏名 自署の場合(印)省略可
社員番号		E-MAIL	

— 領収書貼付欄 — (貼付またはホチキス止め)

・「受診者氏名」、「受診(実施)日」、「費用(負担割合)」、「医療機関名」

の記載があり、確認できること

- ・領収書はコピー可。領収書の返却対応はできません
- ・領収書のあて名は、申請者本人のものに限ります

3. 申請に関する注意事項 申請前に必ずご確認ください

対象者	被保険者(社員)・任意継続 被保険者のみ 受診日に当健保の資格がある(在籍している)こと
受診期間	2019年7月1日~2019年8月31日
申請期間	2019年9月末日 健保到着分まで
申請回数	期間中に複数回受診した場合も、申請可能な回数は1回のみ

以下、健保利用欄

受付	資格	入力	確認