

--	--

予防歯科メンテナンス補助金請求書

被保険者証の記号・番号	事業所名	
—		
被保険者氏名	被保険者の住所	
④	〒	—
受診者氏名	生年月日	被保険者との続柄
	昭和 平成	年 月 日
		本人 ・ 家族

受診日	実施機関名	
平成 年 月 日		
受診項目	受診費用	健保記入欄 ※
予防歯科メンテナンス ・ 唾液検査 <small>(サリバテスト)</small> <small>(受診項目を○で囲んでください)</small>	円	円

※欄は記入しないでください。

【添付書類】

◎実施機関発行の領収書の原本（請求書の裏面に糊付けしてください。）

領収書に「保険診療・保険外診療の区分」、「受診項目」と「その項目ごとの金額」を記載してもらってください。（記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。）

【注意】

- ・ 予防歯科メンテナンスの請求ができるのは、組合指定機関で受診した場合のみです。
組合指定機関以外で受診した場合は請求できません。
- ・ 補助対象となるのは、保険外診療の「予防歯科メンテナンス」と「唾液検査(サリバテスト)」のみです。
保険診療は、補助の対象となりません。
- ・ 予防歯科の初診からメンテナンスまでの流れと費用負担（保険診療または保険外診療のいずれか）については、組合指定機関にご確認ください。

※健保記入欄

補助額	円	備考	
-----	---	----	--

請求期限は 受診年度の翌年度 5 月末日健保組合に必着 です。

予防歯科メンテナンス補助金請求について

予防歯科メンテナンスの予約（実施）の前に「健康診査等補助金支給規程」と「予防歯科メンテナンス実施細則」をご一読ください。

◇ 下記事項についてご確認のうえ、補助金の請求をしてください。

実施時の注意	日本国内の組合指定機関であること。 (組合指定機関は、三井健保ウェブサイトにてご確認ください) http://www.mitsuikenpo.or.jp トップページ → 予防歯科メンテナンス → 予防歯科メンテナンスの組合指定機関はこちら
補助対象受診項目	1. 予防歯科メンテナンス 2. 唾液検査(サリバテスト)
添付書類	実施機関発行の領収書の原本で下記の記載があるもの。 ① 保険診療・保険外診療の区分 ② 受診項目「予防歯科メンテナンス」、「唾液検査(サリバテスト)」のいずれかまたは双方 ③ その項目ごとの金額 (記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。)
補助金支給方法	この請求による補助金は、事業所を經由して支払います。 (任意継続被保険者は指定口座に直接振り込みます。)
補助金支給制限	次のいずれかに該当する場合は、補助の対象となりません。 1. 受診日に組合員資格を有していない。 2. 保険診療で受診している。 3. 同年度内(4月から翌年3月)に「予防歯科メンテナンス」、「唾液検査(サリバテスト)」のいずれか、または双方を受診し、併せて4回補助を受けている。 4. 請求期限(翌年度5月末日健保必着)を過ぎて提出されている。 5. 添付書類に不備がある。

☆ 添付の「領収書」を再度ご確認ください。(下記事項がない場合は補助の対象となりません。)

確認項目	<input checked="" type="checkbox"/> チェック欄
① 受診者の氏名(会社名のみは不可)	<input type="checkbox"/>
② 保険診療・保険外診療の区分	<input type="checkbox"/>
③ 「受診項目」と「その項目ごとの金額」	<input type="checkbox"/>

『個人情報』についての詳細はウェブサイトをご覧ください。