三井健康保険組合　御中

※健保記入欄

予防歯科メンテナンス補助金請求書

記号・番号	事 業 所 名	
―		
被保険者氏名	被保険者の住所	
	〒	
受 診 者 氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄
	年　　月　　日	本人　・　家族

受 診 日	実 施 機 関 名	
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（サリバテスト） （受診項目を〇で囲んでください）	円	円

【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	

※欄は記入しないでください。

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。） https://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、事業所を経由して支払います。 （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	☑ ﾁｪｯｸ欄
① 受診者の氏名（会社名のみは不可）	□
② 保険診療・保険外診療の区分	□
③ 「受診項目」と「その項目ごとの金額」	□

※当組合の『個人情報保護について』はウェブサイトをご覧ください。

三井健康保険組合 2025.4