

--	--

## 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	
	〒	
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 <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

**【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	<p>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。）</p> <p><a href="http://www.mitsuikenpo.or.jp">http://www.mitsuikenpo.or.jp</a></p> <p>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</p>
補助対象受診項目	<p>1. 予防歯科メンテナンス 2. 唾液検査(サリバテスト)</p>
添付書類	<p>実施機関発行の領収書の原本で下記の記載があるもの。</p> <p>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。）</p>
補助金支給方法	<p>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。）</p>
補助金支給制限	<p>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。</p> <p>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。</p>

☆ 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。