

記入例

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 | |
| 3333 - 5555 | 〇〇株式会社 | |
| 被保険者氏名 | 被保険者の住所 | |
| 〇〇〇〇 | 〒〇〇〇 - △△△ 東京都〇〇区△△ △-〇-〇 | |
| 受診者氏名 | 生年月日 | 被保険者との続柄 |
| 〇〇□□ | 平成15年 11月 22日 | 本人 ・ 家族 |

| | | |
|---|----------|--------|
| 受診日 | 実施機関名 | |
| 令和3年 4月 12日 | 〇〇〇歯科診療所 | |
| 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○で囲んでください) | 10,000 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) 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"/> |

※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。