

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	給付担当	担当

記入例

事業所振込年月日 年 月 日 : 支給額 円

(被保険者・任意継続者) 歯科検診補助申請書

事業所名 (又は任意継続)	〇〇〇〇株式会社	申請日	2024 年 6 月 4 日
被保険者の健康保険 記号・番号	0000 - 1234	被保険者名	健保 太郎

受診者氏名	受診年齢	歯科検診受診月日	補助申請額
健保 太郎	50 歳	6 月 1 日	4,400 円

受領委任欄	*受領委任欄は記入例の通り必ず記入してください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。【任継記入不要】		
本申請書に基づく保健事業に関する受領を事業主に委任します。 事業主名 ●●●●株式会社			
被保険者氏名 健保 太郎		提出年月日 2025 年 4 月 1 日	

お勤め中の方は、事業主経由になります。*任継者は記入不要です。
令和7年4月1日より「受領委任欄」の事業主名・被保険者氏名・提出年月日の記入をお願いします。
*事業主への受領委任は給付の都度とする運用に変更。

歯科検診補助申請は、PepUpからの電子申請が原則です。未登録の場合に限り本申請書類での申請を受付けます。次回からは是非PepUpでの申請をお願いいたします。

以下の場合のみ、歯科検診の費用補助を申請することが出来ます。

- 出張等の理由により不在であったため、集団検診を受けられなかった
- 事業所が、労衛健康管理協会による歯科検診(集団検診等)を実施していない

- * 「補助申請額」欄には、医療機関に支払った額ではなく、補助申請する金額を記載する。
- * 補助額は、対象者1人につき上限税込み4,400円。(4,400円に満たない場合は実費)
- * 対象期間は、4月1日から3月末日までの受診分。ただし、申請は4/10健保受理分まで。
- * 補助回数は対象期間内、一回のみ。
- * 医療機関の『領収書』について、宛名は接種者(被保険者及び任意継続者)、歯科検診費用である旨・受診日・保険外診療(10割負担)が必ず明記されている事。
- * 市区町村の補助を受ける際は、差し引いた額を補助申請額に記入し、市区町村の補助がわかる資料も添付してください。
例)領収書¥5500/市区町村補助¥1000の場合は、¥4500(5500-1000)が実費となるので、補助申請額は上限の¥4400と記入

領収書添付欄

* 領収書 フィット イト ▶▶▶ 氏名・歯科検診費用・接種日・保険外診療

以下4点、いずれか1つでも漏れていますと、受付ができませんのでご注意ください。

- ① 宛名欄には、受診者(被保険者及び任意継続者)の氏名が記載されていますか？
- ② 「歯科検診費用」等と記載されていますか？
- ③ 「歯科検診受診日」は記載されていますか？
- ④ 「保険外診療」または「10割負担」等と記載されていますか？

医療機関 関係者 各位

弊健保組合「歯科検診」費用補助制度へのご対応のお願い

弊健保組合の被保険者及び任意継続者(本人)が、弊健保組合の費用補助制度を利用して、今回歯科検診を受けます。

弊健保組合の「歯科検診補助」を受ける為には、『領収書』について、宛名は接種者(被保険者又は任意継続者(本人))、歯科検診費用である旨、健診受診日の明記、保険外診療されている事が絶対条件となりますので、ご協力をお願いします。

DM三井製糖グループ健康保険組合
Tel 03-6400-3071