

令和4年度 自治体等歯科健診補助金支給要領について

1.) 対象者と期間

歯科健診実施時に当健保組合の資格を有する任意継続を含む被保険者及び被扶養者で、各自治体等が定めた規程に該当する方とします。

対象期間は、令和4年4月1日～令和5年3月31日です。

2.) 対象健診の種類

①歯科健診 ②歯科ドック

3.) 補助額

- ・ 申請により年度1回限り上限1,000円までを補助いたします。

費用が補助額に満たないときは実費額までの補助となります。(100円未満切捨て)

(注意) ・健康保険にて受診した場合は補助の対象となりません。

・再検査費用及び保険診療による一部負担金は補助の対象外です。

4.) 申請方法

当健保組合の『保健事業補助金支給申請書(様式第1号)』に必要事項を記入し、**領収書(原本)**と健診条件(年齢・金額)が確認できるもの(コピー可)を添付して、保健事業課までご提出ください。

※ **領収書(原本)**とは、①受健日・②受健者名・③検査名(例.歯科健診代)・④受健費用・

⑤受健機関名と㊟、または収納印、または領収印が明記されたものとします(レシートは不可)。

※ なお、領収書については**原本のみの添付**となります。予めご了承ください。

5.) 申請期限

令和5年3月31日まで

『保健事業補助金支給申請書(様式第1号)』と、全ての添付書類が不備なく提出されたもの(受付されたもの)に限り支給します。

6.) 支給方法

保険給付費同様に、事業所指定口座に振込いたします。

また、任継の方は、任継手続時の指定口座に振込いたします。

※ 計画的な健診で、重複受診を控えましょう。

※ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することは致しません。