

**被保険者本人が<健康保険適用外>で検診を受ける場合の補助事業について**

歯科検診について、オリックスグループ健康保険組合では  
被保険者本人が<健康保険適用外>で検診を受けた場合に限り、下記の通り費用の補助を行っております。

下記を踏まえて、健康保険適用（保険診療）での「歯科検診」実施が適切と判断された場合は、  
健康保険適用で実施頂いても差し支えございません。  
検診前に受診者<被保険者本人>へ健康保険適用・適用外、いずれの方法で実施するか、お伝えをお願いします。  
なお、被扶養者（家族）のへの補助事業は行っておりません。

記

実施時期	当年度5月から翌年2月末日内に一回、希望する歯科医院へ予約の上、受診し実施する ※3月・4月の検診は補助対象となりません
検査項目	次の①または②の検査項目を補助対象とします ※検診様式（診査票）の指定は、ありません ① 口腔内検査（虫歯・歯周病） / 歯面清掃 / ブラッシング指導 / （【任意】口腔内の状態により実施するもの：歯肉縁上歯石除去） ② PMTC(Professional Mechanical Tooth Cleaning)（専門家による徹底した歯面清掃）
補助金額	上限 一人5,000円/年 （5,000円に満たない場合は実費補助） 検診費用が補助上限を超える場合は、事前に受診者<被保険者本人>の同意を得た上で実施をお願い致します
費用	検診日当日、本人が検診費用の全額（100%負担）を支払い致します 大変お手数ではございますが、次の5項目が明記された「領収証」の発行をお願い申し上げます 受診者<被保険者本人>が当健康保険組合へ補助金を申請するために「領収証」が必要となります  「領収証」 ・ 宛名：受診者本人の個人名 ・ 検診実施日 ・ 但し書き（「歯科検診代」、「PMTC代」など、 <u>検診代</u> であること） ※領収証に追記可 ・ 検診費用（税込） ・ 貴院名
留意事項	保険診療とは領収証を分けて発行頂きたくお願い申し上げます