

令和 8 年 4 月 1 日

日本飛行機健康保険組合

歯科健診補助金申請について

歯科医院にて定期的なメンテナンスを行って頂きたいため、被扶養者も補助対象として歯科健診の費用を一部補助します。

※インプラントのアフターメンテナンス、矯正目的または矯正中の健診、ホワイトニング等は対象外です。

対象者	被保険者・被扶養者
申請対象	① 自費 → 歯科健診（虫歯・歯周病等の検査・ブラッシング指導等） ② 保険証を使用 → 初診・再診問わず ◆指定歯科医院なし 外部歯科医院にご自身で申し込み ①②ともに領収書に以下の 5 項目が必ずあること ◎歯科医院名・住所等 ◎受診者氏名 ◎受診年月日 ◎金額 ◎発行元の領収印、又は担当者印(朱印)
検診期間	令和 8 年 4 月 1 日から令和 8 年 12 月 31 日
申請期限	令和 9 年 2 月 28 日
補助金額	1 名につき上限 1,000 円 窓口での自己負担額が 1,000 円未満の場合は補助金なし
補助回数	対象者 1 人につき年度内 1 回限り
申請方法	(注意)被保険者が扶養家族分を 1 回にまとめて申請してください 「胃がん・乳がん検診・歯科健診受診補助申請書」に記入 領収証(原本)を添えて日飛健保に提出(健診結果不要)
振込先	被保険者の給付金／旅費等の振込口座(みずほ銀行) ◆申請書が日飛健保に到着後、当月末または翌月末に振込み

【領収書 必須記入項目】

- ① 歯科医院名、住所等
- ② 歯科健診を受けた方の個人名(フルネーム)
- ③ 受診年月日
- ④ 歯科医院で支払った金額(領収書に詳細が記載されていること)
- ⑤ 発行元の領収印、又は担当者印(朱印)

【お知らせ】

PepUp ペップアップでの Web 申請のみになります。PepUp の登録をお願いいたします。