

歯科検診費用補助金交付申請書

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

受診日に当組合の資格がある方で、歯科検診を受けられた場合に申請ができます。(年度につき1人1回まで。)
 受診後、早めのご提出にご協力お願いいたします。(期限を過ぎた場合、受理することができません。)
 保険診療で行ったものは対象外です。

被保険者情報	被保険者証の記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 女	
	氏名(自署)	フリガナ								
	住所 電話番号	〒 日中連絡のとれる電話番号: () 内線番号()								
	金融機関名称	銀行・金庫・信組・農協				本店・支店・出張所				
	口座名義 (カタカナ)	店番号	預金種別	普通座別	口座番号					

※振込先は被保険者名義の口座に限らせていただきます。口座名は金融機関の届出の通りに記入してください。

受診者情報	受診者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 被扶養者の別	被保険者 被扶養者
	健診受診日	令和	健診を受けた 医療機関名称	年	月	日			

歯科 医院 様 記入 欄	検診チェック表																																	
	【歯科医院様へのお願い】 当組合の補助対象となる検査項目の目安です。実施検査項目にチェック願います。 審美的目的となるもの(ホワイトニング等)・治療のために保険証を用いて検査を受ける場合は補助対象外です。 受診者の方には、当チェック欄にご記入いただくか、その代用となる歯科検診の結果を必ずお渡してください。																																	
	検診内容	チェック欄	歯科検診の結果(結果を下記の数字に○してください。)																															
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">口腔内審査</td> <td>歯の状態の検査</td> <td></td> </tr> <tr> <td>歯肉の状態の検査</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔粘膜の検査</td> <td></td> </tr> <tr> <td>他()</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">予防的処置</td> <td>歯面清掃研磨</td> <td></td> </tr> <tr> <td>縁上歯石除去</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フッ素塗布</td> <td></td> </tr> <tr> <td>他()</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">歯科保健指導</td> <td>口腔衛生指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>食事指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td>他()</td> <td></td> </tr> </table>	口腔内審査	歯の状態の検査		歯肉の状態の検査		口腔粘膜の検査		他()		予防的処置	歯面清掃研磨		縁上歯石除去		フッ素塗布		他()		歯科保健指導	口腔衛生指導		食事指導		他()		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>健全 (健康)</td> <td>経過観察 (受診不要)</td> <td>要治療 (治療中含む)</td> </tr> <tr> <td>検診結果</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>		健全 (健康)	経過観察 (受診不要)	要治療 (治療中含む)	検診結果	1	2
口腔内審査	歯の状態の検査																																	
	歯肉の状態の検査																																	
	口腔粘膜の検査																																	
	他()																																	
予防的処置	歯面清掃研磨																																	
	縁上歯石除去																																	
	フッ素塗布																																	
	他()																																	
歯科保健指導	口腔衛生指導																																	
	食事指導																																	
	他()																																	
	健全 (健康)	経過観察 (受診不要)	要治療 (治療中含む)																															
検診結果	1	2	3																															

【歯科医院名をご記入ください。】

【添付書類】

歯科検診費用のわかる領収書(原本)
 上記検診チェック表に記載がない場合は、その代用となる検診結果のコピー

受付年月日

【補助限度額】

1年度1回2,000円を限度。(実費額が補助限度額よりも下回る場合は、実費が上限となります。)
 補助対象となる検査は、上記検診チェック表内にある項目です。
自費検診(保険証を使わない検診)分に限り、
保険診療で行ったもの、審美的目的となるもの(ホワイトニングを含む)は、補助対象外です。

【注意事項】

今年度の途中で任意継続被保険者になられた方で、
 在職中に今年度の補助金の交付をされている場合は補助の対象になりません。

【提出先】

在職中の方は、人事部経由で申請してください。
 任意継続被保険者の方は、直接当組合へ申請してください。

【問い合わせ先】

当組合ホームページ『お問い合わせ』にてご確認ください。

検索 がん研健保

健保記入欄
支給決定日:
支給額: