

歯科健診助成金支給申請書

令和 年 月 日

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

歯科健診につきまして、以下の通り助成金を申請いたします。

被保険者証・組合員証の記号番号		宮医・A	
組合員住所	〒 電話 ()		
組合員氏名	印	続柄 (○を付けてください)	1組A 1組B 1組C 1組A家族 1組B家族 1組C家族 2組 2組家族
受診者氏名			
受診者生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	申請額(上限3,000円)	
健診年月日	令和 年 月 日	※ 自費健診分のみ	円
助成金振込先	銀行名	銀行	支店
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号
	フリガナ(必須)		
	口座名義人		

【歯科医院様ご記入 健診チェック表】

～歯科医院様へのごお願い～

当組合の助成対象となる健診項目の目安です。(インプラントのアフターメンテナンスやホワイトニング等は、助成対象外です。)実施健診項目にチェック願います。

健診内容	☑欄	健診内容	☑欄
口腔内審査	歯の状態の検査	予防的処置	歯面清掃研磨
	歯肉の状態の検査		縁上歯石除去
	口腔粘膜の検査		フッ素塗布
	他()		他()
歯科保健指導	口腔衛生指導	【歯科医院名をご記入ください。】 所在地: 名称:	
	食事指導		
	他()		

【助成概要】

1.助成対象者 40歳以上(昭和56年3月31日以前生まれ)の被保険者及び第1種組合員B

2.助成対象健診

虫歯、歯周病の有無の健診、歯科保健指導、予防的措置など、上記健診チェック表にある健診項目。
※全て自費健診分に限ります。健診と同時に保険診療が開始された場合の保険診療分や歯ブラシ代等は助成対象外です。

3.助成限度額

3,000円限度(年度内1回の健診に限ります。)

4.添付書類

領収書(写し可)を申請書の裏面に貼り付けてください。

※当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

※申請書は受診者1名につき1枚提出してください。

送付先:〒980-0805
仙台市青葉区大手町1-5-4F
宮城県医師国民健康保険組合 宛
TEL:022-227-0516

組合記入欄	理事	事務長	担当者	データ入力	支払入力	受付