

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	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	支店名 支店
	預金種目	普通・当座・貯蓄	店番号 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】

～歯科医院様へのお願い～

健診項目の目安です。(助成金3,000円で、実施できる目安ではありません。)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。 **保険診療分は対象外です。**

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()
その他		【歯科医院名をご記入ください。】 所在地: 名称:	

【助成概要】

- 助成対象者 40歳以上(昭和58年3月31日以前生まれ)の被保険者及び第1種組合員B
- 助成対象健診 虫歯、歯周病の有無の健診、歯科保健指導、予防的措置などの項目。
※全て自費健診分に限ります。
- 助成限度額 3,000円限度(年度内1回の健診に限ります。)
- 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。

! 保険診療分は助成対象外です。ご注意ください。

※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 宛
TEL:022-227-0516

組合員記入欄	支払入力	受付
--------	------	----