

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。

| | | | | | |
|------------------|-------------------|----------------------------|---------|-------|------|
| 被保険者証又は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 | |
| 受診者氏名 | | 1組A家族 | 1組B家族 | 1組C家族 | |
| 受診者生年月日 | 大・昭 年 月 日 (歳) | 2組 | 2組家族 | | |
| 健診年月日 | 令和 年 月 日 | 申請額(上限3,000円) ※ 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・当・貯 | 金融機関コード | 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59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 |
|--------|------|----|