

# 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					

※ 医療法人、医療法人社団等の名義は(医)と省略して記入いただいて構いません。

## 【歯科医院様ご記入 健診チェック表】

## ～歯科医院様へのおお願い～

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60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