

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 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 ・ 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】		～歯科医院様へのごお願い～	
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。 <u>保険診療分は対象外です。</u>			
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】	
1.助成対象者	40歳以上(昭和61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、予防的措置などの項目。 ※全て自費健診分に限ります。
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。
❗ 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
宮城県医師国保組合 宛
TEL:022-227-0516

組合 記入 欄	支払入力	受 付