

歯科健診補助金申請書

* ①に記入し、本紙を歯科医院へ持参のうえ検査を受診してください。

* 定期的に歯科医院を受診し、歯周病予防のためメンテナンスを受けている方は、保険診療となり健保組合が7割を負担していますので、この補助金の対象となりません。

① 被保険者記入欄

保険証の記号番号		勤務先会社名	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
検査受診年月日	年 月 日	日中連絡可能な電話番号 またはメールアドレス	TEL: e-mail :

② 歯科健診機関様ご記入欄

記入料金が発生する場合は、その金額については補助対象となりませんので記入は不要とし、領収書に必ず実施項目を記入願います。

歯科健診機関で記入できない場合は、受診者が太枠内全てを記入してください。

ニデック健康保険組合補助対象となる検査項目の目安です。実施検査項目にチェック（✓）願います。

検査内容		チェック欄
口腔内検査	歯の状態の検査	
	歯肉の状態の検査	
	口腔粘膜の検査	
	噛み合わせなど	
	他（ ）	
歯科保健指導	口腔衛生指導	
	食事指導	
	他（ ）	

※歯科健診の結果を、下記1～3に○をお願いします。

健診結果

1	健全（健康）
2	経過観察（受診不要）
3	要治療（治療中含）

健診機関名：

* 領収書は、歯科健診単独のものを発行いただくか、歯科健診分として金額がわかるように明記願います。

* 審美目的となるもの（ホワイトニング含む）は、補助対象外です。

■ 補助金の申請には以下の2つが必要です。添付漏れがないようご注意ください。

① 歯科健診補助金申請書（本紙）、② 領収書

【注意】

- * 在職被保険者の方は会社で歯科健診が実施される場合は、必ず会社の健診をご利用ください。会社の健診を受診した場合は補助対象外となります。
- * 受診期間は、4月1日～翌年1月末日まで。補助金申請期間は、6月1日～翌年2月末日までです。
3月1日以降の申請については、補助金を支給できませんのでご注意ください。
- * 歯科健診補助限度額は、3,000円（税込）です。
- * 年度内に健診者各1回補助します。

お問合せ先：ニデック健康保険組合 TEL：0120-162-100