

被保険者等への歯科健診の実施について（お願い）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は弊組合の保健事業運営に関し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、弊組合では口腔衛生対策の一環として、被保険者および被扶養配偶者を対象に歯科健診の受診を奨励しております。

つきましては、本書持参の者が、貴医療機関での歯科健診受診を希望しておりますので、下記のお願事項をご一読いただき、よろしくお取り計らいくださいますよう、お願い申し上げます。

敬具

記

【医療機関各位へのお願い事項】

1. 検査項目ならびに指導内容について

	内 容
一般口腔診査	歯牙ならびに歯周組織検査、歯列・咬合検査、軟組織検査
口腔衛生指導	虫歯・歯周病の予防、ブラッシング指導、食生活指導など

※検査ならびに指導については、健康診断の扱いであるため、健康保険は適用しないください。

2. 受診費用ならびに受診証明書について

受診費用については、受診者本人が、受診に要した費用全額を貴医療機関窓口にてお支払いいたしますので、貴医療機関所定様式の領収証を発行願います。

あわせて、受診者本人が持参する「受診証明書（弊組合様式）」に、ご捺印（医療機関印および証明者印）後、受診者本人へ直接お渡しいたきますよう、お願いいたします。

- 受診証明書の「証明者」については、受診証明書へ内容を記載された方とさせていただきます。
- 健康診断の扱いであるため、健康保険は適用しないください。

3. 検査結果について

検査結果については、受診者本人が持参する「歯科健康診査表（弊組合所定様式：3部複写）」へ検査結果と指導項目、および診査担当歯科医師名について記入いただき、複写の1枚目（医療機関保管用）は控えとしてお持ちのうえ、2～3枚目を受診者本人へ直接お渡しいたきますよう、お願いいたします。

- 歯科健康診査表（3部複写）
 - 1枚目…医療機関保管用
 - 2枚目…健保組合提出用
 - 3枚目…受診者保管用

4. 問い合わせ先

四国電力健康保険組合 健診担当まで （直通TEL：050-8801-2789・2737）

以 上

歯科健診受診証明書 兼 費用補助申請書(平成25年度)

受診者記入欄

申請日 平成 年 月 日

(注) 記入欄はエンピツ書き不可

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	申請印			
会社名			所属名				
日中連絡可能な連絡先			電話 () -				
被保険者住所			電話 () -				
受診者 氏名	フリガナ	生年月日		昭和 平成	年 月 日	性別	男性 女性
	漢字	平成26年3月 末の満年齢		歳	被保険者 との続柄		

◆ 健保に費用補助を申請する際の添付書類(必須)・・・歯科健康診査表(健保組合提出用のみ)
※ 本申請書および検査結果等の証拠書類は、健診事業運営のために使用し、その他の用途には使用しません。

医療機関記入欄

受診日	平成 年 月 日 (曜日)		
歯科健診 受診費用 (A)	3,000 円	合計	3,150 円
消費税 (B)	150 円	(A) + (B)	

以上のとおり、相違ないことを証明する。 住 所

平成 年 月 日

医療機関名 (印)

証 明 者 (印)

(注) 記入内容を訂正する場合は、二重線を引いて証明者の訂正印を押下ください。(修正ペン等は使用しないでください)

健保組合記入欄

< 健保補助額計算 >

健診費総額	円
窓口負担額	円
健保補助額	円

健保補助額合計 円

受付	登録	支払