

医療機関 御中

神戸製鋼所健康保険組合

保健グループ

神戸市灘区岩屋中町 5 丁目 2-20

TEL 078-261-6506／6514

## 歯科健診実施のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当健保組合加入者の診療面においてご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当健保組合では口腔保健のセルフケア能力育成の一環として加入者を対象に年1回の歯科健診の費用補助を行っております。

つきましては、貴医療機関において下記の要領で歯科健診を実施していただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

記

**対 象** 当健保組合加入者全員（年齢制限なし）（年度内に1回／1人）

**健 診 内 容** 歯・歯周組織・軟組織・頸関節などのチェック

健診結果に基づいた口腔保健指導と生活習慣指導

※上記の内容以外は補助対象外となりますので、一部負担金が生じることを本人に了解を取った上で、保険診療をお願いいたします。

**費用の支払い** 全額自費診療にて受診者から料金を徴収し、「歯科健診補助金申請書」の領収書欄に記入をお願いいたします。記入にあたり別途料金がかかる場合は、受診内容が明確に記載されている貴院所定の領収書を発行してください。  
後日、当健保組合より受診者に対し補助金支払いをいたします。

（健保組合からの補助上限額は3,850円）

以上

## 歯科健診費用補助金について

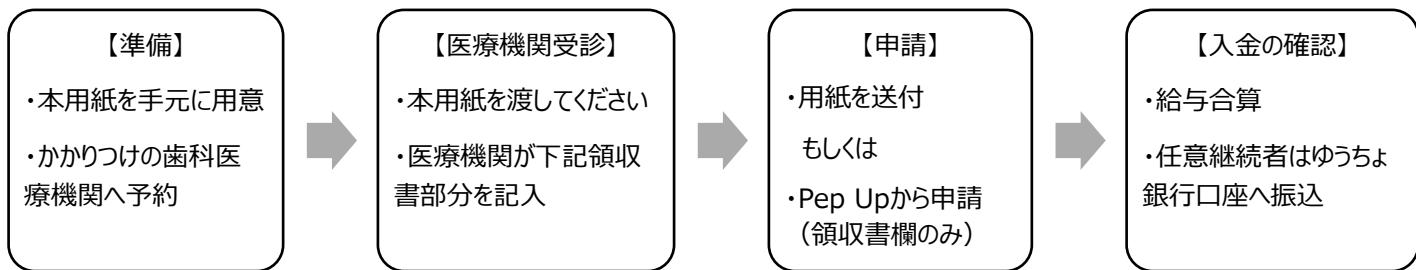
【費用補助対象】加入者全員

【費用補助額】3,850 円（年度内に1回／1人）※全額自費診療で支払ったものに限ります。

【受診内容】歯周組織・軟組織・顎関節等のチェック・健診結果に基づいた口腔保指導と生活習慣指導

※治療や歯石除去、レントゲン検査等は除く

【受診の流れ】



※受診者記入欄

### 歯科健診補助金申請書

W E B 申 請 の 場 合 は 不 要	記号-番号		-						委任欄 ※任意継続者は記入不要	この補助金の受領を事業主に委任します。 記入日：年月日 被保険者氏名（自署）：						
	事業所名（会社名）															
	フリガナ									生年月日	S・H・R	年	月	日		
	受診者氏名									TEL						
	受診者住所									ご提供いただいた受診結果は受診勧奨・事業評価に利用いたします。				<input type="checkbox"/> 同意します		
	受診者区分	50	1被保険者（本人）	52	2被扶養者（家族）											

※医療機関記入欄

### 領 収 書

受診日：令和 年 月 日

受診者氏名 殿

¥ ,

全額実費にて歯科健診を実施しました。下記結果となります。

#### 1.歯の状態

(1) 未処置歯：C 本

(2) 欠損歯：△ 本

7又は6 1 7又は6

(3) 処置歯：○ 本

7又は6 1 7又は6

CPIの最大値

#### [CPI]の評価基準

コード：所見

×：除外 検査できなかった

0：異常なし

1：プローピング後の歯肉出血

2：歯石沈着

3：4 mm以上 6 mm未満の中等度のポケット

4：6 mm以上の深いポケット

総合判定

1 異常なし 2 要観察 3 要治療

医療機関名

(印)