

提出期日 4 月 28 日（金）必着

歯 科 健 診 申 込 書

|                                    |                                                                                                                                                 |                  |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 事業所名<br>所属名<br>【右記の太枠内は全てご記入ください。】 | 【事業所名】<br>豊田合成(株) ・ 一榮工業(株) ・ TGウェルフェア(株)<br>TGメンテナンス(株) ・ TGロジスティクス(株) ・ (株)テクノアトリサーチ<br>豊田合成インテリア・マニュファクチャリング(株) ・ TGテク(株)<br>TGAP(株)・ その他( ) | 事業部・部<br><br>室・課 |
|                                    | 【勤務地】<br>本館 ・ 春日 ・ 稲沢 ・ 北島 ・ 北技術 ・ 美技術<br>森町 ・ 西溝口 ・ 尾西 ・ 平和町 ・ 稲沢西 ・ 井之口<br>一宮 ・ みよし ・ 田原 ・ 瀬戸 ・ 名港弥富<br>その他 ( )                               |                  |

↑ 記入漏れがありますとメール便が届きませんので必ずご記入下さい。↑

|                |       |  |   |                 |                 |  |                            |          |                                                                                 |
|----------------|-------|--|---|-----------------|-----------------|--|----------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 健康保険証<br>記号-番号 | 保険証記号 |  | — | 保険証番号(TGは社員コード) |                 |  |                            | 希望<br>場所 | 裏面より、健診を希望する歯科医院<br>を選択し、 <u>そのNo.をご記入ください。</u><br><br>【                      】 |
|                |       |  |   |                 |                 |  |                            |          |                                                                                 |
| 被保険者氏名         |       |  |   |                 | 電話番号<br>(携帯電話可) |  | (                      ) — |          |                                                                                 |

\* 受診される方は全員のお名前を下記の太枠内にご記入下さい \*

|                         |      |    |               |                         |   |   |   |   |
|-------------------------|------|----|---------------|-------------------------|---|---|---|---|
| フリガナ                    | 生年月日 | 年齢 | 来院歴<br>(健診含む) | 健診希望日                   |   |   |   |   |
| 受診者氏名                   |      |    |               | (※) 第1希望・第2希望ともにご記入下さい。 |   |   |   |   |
| (※)医療証番号と有効期限 [該当者のみ記入] |      | 歳  | 有・無           | 第1希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
|                         |      |    |               | 第2希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 医療証番号: 有効期限: 年 月 日まで    |      |    |               |                         |   |   |   |   |
|                         |      | 歳  | 有・無           | 第1希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
|                         |      |    |               | 第2希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 医療証番号: 有効期限: 年 月 日まで    |      |    |               |                         |   |   |   |   |
|                         |      | 歳  | 有・無           | 第1希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
|                         |      |    |               | 第2希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 医療証番号: 有効期限: 年 月 日まで    |      |    |               |                         |   |   |   |   |
|                         |      | 歳  | 有・無           | 第1希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
|                         |      |    |               | 第2希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 医療証番号: 有効期限: 年 月 日まで    |      |    |               |                         |   |   |   |   |
|                         |      | 歳  | 有・無           | 第1希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
|                         |      |    |               | 第2希望                    | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 医療証番号: 有効期限: 年 月 日まで    |      |    |               |                         |   |   |   |   |

- ・ 決定日時を 5 月 15 日（月）より順次、社内メール便にてお知らせ致します。
- ・ 健診日時は先着順となります。 ご希望通りにならない場合もありますので、予めご了承ください。
- ・ 井之口診療所歯科室を希望される方は、前半日時は大変混み合いますのでご了承ください。

平成 29 年度

歯科健診のご案内

(年 1 回)

健保組合では、みなさまの健康保持・増進のため疾病予防事業の1つとして、「歯科健診」を下記の通り実施します。  
歯は最初の消化器官で、一生おつきあいする大切なものです。虫歯等の早期発見のための歯科健診に加え、歯周病の予防として歯石除去、特に、フッ소는定期的に塗布することが効果的です。日常の食生活(よく噛む、糖質の食物を控える)や正しいブラッシングをするとともに、年に1度は健診を受け早期発見・早期治療をすることが大切です。

記

1. 対象者 被保険者(従業員本人)及び被扶養者(豊田合成健康保険組合加入の家族)
2. 健診内容 ・ 大人: 歯科検査と歯石除去(下顎前歯部のみ)  
・ 子供: 歯科検査とフッソ塗布(虫歯予防)、サホライド塗布(虫歯治療)
3. 持参品 保険証 決定通知書 乳児医療証等(お持ちの方のみ)
4. 費用 上記健診内容は無料。それ以外の治療は有料(保険負担割合: 本人 0.8 割、家族 1.2 割)。  
※ 健診される医院により費用は異なりますので、予めご了承下さい。  
＜例＞ レントゲン個人負担 無料  
シーラント(虫歯予防)個人負担 100 円/1 歯 [乳児医療証をお持ちの方は無料]
5. 健診機関及び健診日・健診時間

| 区分  | 地 域               | No. | 健診機関 及び 所在地                                                                                | 健 診 日                                                                                                                           | 健 診 時 間                             |
|-----|-------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 直 営 | 春日<br>稲沢 方面<br>北島 | 1   | 井之口診療所歯科室<br>〒492-8153 稲沢市井之口町中四反畑 4500<br>豊田合成健康管理センター 1F<br>0587-23-6662(直通) 無料 P あり     | 6 月 3 日(土)・6 月 4 日(日)<br>6 月 10 日(土)・6 月 11 日(日)<br>6 月 17 日(土)・6 月 18 日(日)<br>6 月 24 日(土)・6 月 25 日(日)                          | 土日ともに<br>9:00~11:45<br>13:00~15:30  |
|     | 静岡 方面             | 2   | 森町工場診療所歯科室<br>〒437-0213 静岡県周智郡森町睦美 1310-128<br>無料 P あり                                     | 5 月 27 日(土)・5 月 28 日(日)                                                                                                         | 10:00~12:00                         |
| 契 約 | 一宮 方面             | 3   | みわデンタルクリニック<br>〒491-0045 一宮市音羽 1-5-14<br>0586-82-7738 無料 P あり                              | 6 月 3 日(土)・6 月 17 日(土)<br>7 月 1 日(土)・7 月 8 日(土)                                                                                 | 10:00~12:30<br>14:30~17:00          |
|     | 名古屋 方面            | 4   | 第一歯科医院<br>〒460-0004 名古屋市中区新栄町 1-3<br>日丸名古屋ビル 3F<br>S. L 医療グループ<br>052-951-1355 無料 P なし     | 6 月 3 日(土)・6 月 10 日(土)<br>6 月 17 日(土)・6 月 24 日(土)<br>7 月 1 日(土)・7 月 8 日(土)                                                      | 9:00~12:00<br>14:00~17:00           |
|     | 春日井 方面            | 5   | たけなか歯科クリニック<br>〒486-0849 春日井市八田町 1-1-3<br>0568-84-6700 無料 P あり                             | 6 月 3 日(土)・6 月 10 日(土)<br>6 月 17 日(土)・6 月 24 日(土)<br>7 月 1 日(土)・7 月 8 日(土)                                                      | 9:00~12:00<br>14:30~16:30           |
|     | 岐阜 方面             | 6   | とも歯科クリニック<br>〒502-0814 岐阜市福光西 2-7-1<br>058-294-6480 無料 P あり                                | 6 月 3 日(土)・6 月 17 日(土)<br>6 月 24 日(土)・7 月 1 日(土)<br>7 月 8 日(土)                                                                  | 9:00~11:00                          |
|     | 三好 方面             | 7   | 星のそら歯科クリニック<br>〒470-0217 みよし市根浦町 4 丁目 6 番地 27<br>ベシア三好店(東名三好インター前)<br>0561-33-0066 無料 P あり | 6 月 3 日(土)・6 月 4 日(日)<br>6 月 10 日(土)・6 月 11 日(日)<br>6 月 17 日(土)・6 月 18 日(日)<br>6 月 24 日(土)・6 月 25 日(日)<br>7 月 1 日(土)・7 月 2 日(日) | 土日ともに<br>10:00~13:00<br>15:00~17:00 |

6. 申込方法 裏面の申込書に 第 2 希望 まで記入の上、井之口診療所歯科室へ提出して下さい。  
申し込んだ方へは後日、5 月 15 日 (月) 頃より順次、決定日時をメール便にてご連絡致します。
7. 申込締切日 4 月 28 日 (金) 必着
8. 問い合わせ先 井之口診療所歯科室 外線:0587-23-6662 内線:611-5124 

申込書は裏面にあります