

健 診 依 頼 状

歯 科 医 院 様

愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500

豊田合成健康保険組合

TEL (0587) 23 - 6661

歯科健診実施のお願い

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当健康保険組合の被保険者並びに被扶養者の診察に関し、格別なるご配慮を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当健康保険組合では、疾病予防事業の一環として、被保険者と16歳以上の被扶養者を対象に口腔衛生意識の向上を目的として、歯科健診を実施しております。

つきましては、業務ご多忙中とは存じますが、当健康保険組合の趣旨をご理解いただき、歯科健診を実施くださるようお願い申し上げます。

また、『歯科健診票 兼 補助金申請書』への結果記入等、お手数をお掛けしますが、よろしくお願い申し上げます。

尚、本件結果提出に関する被保険者と被扶養者の同意を得ておりますことを申し添えさせていただきます。

敬 具

記

1. 歯科健診の内容

- (1) 健康診査・・・う歯・歯周疾患・咬合状態・咀嚼機能について健診し、その健康障害の病状・進行度等の診断を行なうとともに、口腔の清掃状態・義歯の管理状況を診査する。
- (2) 保健指導・・・健康診査の結果に基づき個別に適切な保健指導を行うほか、口腔衛生の意識向上のための指導及び歯口清掃の指導（ブラッシング指導を含む）を実施する。

2. 結果記入

別紙、『歯科健診票 兼 補助金申請書』にご記入の上、受診者にお渡し願います。

3. 健診費用

1人4,000円（消費税込）を上限にお願いします。

歯科健診の費用は、保険診療とはせず、全額受診者負担となっておりますので、**受診者より徴収**願います。

4. 領収書

歯科健診の費用を徴収されましたら、『歯科健診票 兼 補助金申請書』内の、「実施医療機関証明欄」に証明をお願いします。尚、**領収書の発行**も併せてお願いいたします。

5. 治療

歯科健診の結果、治療を必要とする場合は、保険診療の適用をお願いいたします。

- (1) 健診当日から治療に移行する場合は、必ず受診者の同意を得て下さい。
- (2) 健診当日の治療は初・再診料の算定はできません。
- (3) 健診後1ヶ月以内の治療は、再診扱いでお願いします。

また、保険診療の自己負担額は、歯科健診の領収書に含めず別に発行くださるようお願いいたします。

以 上

歯科健診票 兼 補助金申請書

健診年月日	西暦	年	月	日	事業所名	
被保険者等 記号・番号	記号			番号		所属
受診者氏名					生年月日	西暦 年 月 日

★手続き方法

- 1. 次の問診票に記入後、資格確認がわかるもの（マイナ保険証等）をご持参のうえ、歯科健診を受診する
- 2. 医師記入欄と実施医療機関証明欄に証明をもらい、領収書を受領する
- 3. 豊田合成健保のホームページ『マイページ』から「補助金申請」の手続きをする

●受診者記入欄 問診票（□にレ点の記入をお願いします）	
1. 毎日、どのくらい（何回）歯をみがきますか。 □みがかない日もある □ 1 回 □ 2 回 □ 3 回	
2. 歯の健康維持のために心掛けていますか。 □特にない □歯のつけねをみがく □ 1 日 1 回は時間をかけてみがく □軽い力でみがく □小さな歯ブラシを使う □電動歯ブラシ（音波式）を使う □デンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシを使う □その他（ ）	

◎医師記入欄

- (1) 口腔内審査（喪失歯のうち補綴処置の不要な歯には×を記入）

上																	上
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
右																	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
下																	下

〔記号の内容〕 健全歯…／ 処置歯…○ 未処置歯…C 要補綴歯…△
欠損補綴歯…△ プリッジ…B r 局部床義歯…P D

- (2) 歯石沈着 a. なし b. 軽度あり c. 中等度以上あり

(4) 口腔清掃状態 a. なし b. 軽度あり c. 中等度以上あり
- (3) 歯肉の状態 a. 良好 b. 歯肉炎あり c. 歯周病あり

(5) 総合評価 a. 異常なし b. 要指導 c. 要精検

イ. 歯石除去
ロ. 歯周治療
ハ. う蝕治療(未処置歯あり)
ニ. 補綴処置(要補綴歯あり)
ホ. その他()

実施医療機関 証明欄（領収書を発行願います）	
歯科健診費用(保険外)	円（税込）を領収いたしました
健診実施日：西暦	年 月 日
住 所	
医療機関名	
医師氏名	

※歯科健診の内容

- (1) 健診内容
- ・口腔審査（口腔清掃、う蝕、欠損、歯肉、舌及び 粘膜、顎関節の状態評価、総合評価）
 - ・口腔衛生指導（う蝕と歯周病の予防法指導、ブラッシング指導、生活習慣指導）
- (2) オプション
- ・歯冠クリーニング（下顎前歯部のみ、歯肉縁上に限る。歯石除去は除く。）

※健診費用の請求に関する詳細

- ・合計金額（目安）：4,000円（消費税込）→（1）と（2）を合算した金額。
- ・診療区分：自費診療（全額自己負担）→ 保険診療の適用外。
- ・徴収方法：受診者から直接徴収。

※注意事項

- ・東海信越 6 県（愛知・岐阜・三重・静岡・新潟・長野）の 歯科医師会会員診療所に於いては、この用紙は利用できません。

<ルート> 受診者 ⇒ 実施医療機関「記入」⇒ 受診者 ⇒ 豊田合成健保のホームページ『マイページ』から補助金申請（電子）