2026年度　歯科健診費用助成申請書

【注意】保険診療は助成対象外です。

年　　月　　日　　申請

事業所名	所属事業所を〇で囲んでください（出向者は出向元） 東北電力㈱ ・ 東北電力NW㈱ ・ 関係会社 ・ 任意継続	被保険者氏名	**助成申請額 （上限5,000円）**
所　　属		ﾌﾘｶﾞﾅ	
連絡先電話番号			円
メールアドレス			

記号	番号	受診者氏名	続柄 （妻・長男等）	受診年月日（西暦）
		ﾌﾘｶﾞﾅ		年　　月　　日
受診者生年月日	西暦　　年　　月　　日　　（　　歳）			

歯科医院様記入 健診チェック表

～歯科医院様へのお願い～

※当組合の助成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。
※インプラントのアフターメンテナンスや矯正目的または矯正中の健診，ホワイトニング等は助成対象外です。

健診内容		チェック欄	健診内容			チェック欄
口腔内審査	歯の状態の検査		予防的処置	歯面清掃研磨		
	歯肉の状態の検査			縁上歯石除去		
	口腔粘膜の検査			フッ素塗布		
	他（			他（		
歯科保健指導	口腔衛生指導		【歯科医院名】　ゴム印等の押印をお願いします。			
	食事指導					
	他（					

領収書添付箇所

【助成概要】

1. 対象者　被保険者・被扶養者(受診当日に当組合の資格がある方)

2. 対象検査　虫歯・歯周病の有無の検査・歯科保健指導・予防的措置等上記健診チェック表にある検査項目。
※全て自費健診分に限ります。健診と同時に治療(保険診療)が開始された場合，その治療費部分は助成対象外です。
※「健診チェック表」への記載やゴム印等の押印が可能な病院での受診分のみ対象。

3. 助成限度額　**お一人につき5,000円限度**（5,000円未満の場合，助成額は実費相当額です）
①助成は年度内1回の健診に限ります。
②診療内容について当組合より医療機関等へ問い合わせをすることがあり，その回答に応じて助成額を決定いたします。申請内容に誤りがあった場合は，当組合で修正いたしますが，修正内容等は個別ご連絡はいたしませんのでご了承ください。

4. 対象期間　**2026年4月1日～2027年3月31日健診分**

5. 添付書類　①領収証の原本(受診者名・**自費歯科健診の記載があるもの**)
②上記健診チェック表に記載がない場合は，歯科医院より領収書に実施項目を記入していただくか，その代用となる書類を添付してください。実施内容を確認できない場合，申請書を一旦返却する場合もあります。

6. 提出締切　**2027年4月15日(木)　健保組合必着**

7. 提出先　〒980-8550　宮城県仙台市青葉区本町1-7-1　東北電力健康保険組合　保健事業G