

2025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。

自費健診費用のみ記入。
保険診療分は、記入しないでください。
申請額に誤りがあった場合は、当組合で修正した金額を助成します。

事業所名	所属事業所を○で囲んでください（出 東北電力㈱ ○東北電力㈱ ・ 関係会社		
所 属	〇〇電力センター ××課	東北 太郎	5,000 円
連絡先電話番号	050-7789-2132		
【今年度内41歳以上の被保険者(本人)の方はご記入ください】			
2024年度に「特定保健指導」を受けた はい・いいえ 指導の対象ではない ⇒ いいえの方は、ご家族も含め申請できません			
【今年度内41歳以上の被扶養者(家族)の方はご記入ください】			
2024年度に「特定健診」「人間ドック」「健康診断」を受けた はい			
2024年度に「特定保健指導」を受けた はい・いいえ・指導の対象ではない ⇒ いいえの方は、申請できません			
※疾患治療中や主治医の指示により健診・指導の実施ができない旨を当組合に申し出済みの方は()内に○を記入してください⇒ ()			
被保険者等		受診者氏名	続柄
記 号	番 号		(長男・長女)
12	3456	フリガナ トウキ モモコ 東北 桃子	長女
受診者生年月日		** 年 4 月 2 日	
		□ 昭和 □ 平成 □ 令和 ** 年 1 月 5 日 (11 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	仙台市青葉区〇〇町1-2-3	
	他()	△△歯科クリニック	

【助成概要】

- 対象者 被保険者・被扶養者(受診当日に当組合の被保険者である方)
- 助成対象検査 虫歯・歯周病の有無の検査・歯の健康状態に関する検査項目。
※全て自費健診分に計上された検査項目で、その治療費部分は助成対象外。
※「健診チェック表」への記載やゴム印等の押印が必須で、歯科医院での受診のみ対象。
- 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回の健診に限りです。
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。
- 助成対象期間 **2025年4月1日～2026年3月31日健診分**
- 添付書類 ①領収書の原本(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があります。
- 提出締切 **2026年4月15日(水) 健保組合必着**
- 提出先 健康保険組合 保健事業G

こちらの欄は、歯科医院が記入する箇所です。
健診の際は、必ず「歯科健診のお願い文書」と「申請書」を歯科医院に提示してください。

領収書添付箇所