

歯科健診補助（乙種家族）実施要領

1. 目的

歯科健診を受診する機会が減る19歳以上被保険者の口腔疾患の早期発見、早期治療および予防を目的として、歯科健診費用について助成補助する。

2. 対象者

佐賀県歯科医師国民健康保険組合に加入する乙種家族（従業員の家族）で19歳以上（当該年度中に19歳になる者も含む）である者を対象とする。

3. 健診費用

無料（3,500円 全額当組合負担）

4. 健診実施機関

佐賀県歯科医師国民健康保険組合に甲種組合員が加入している歯科医院

5. 健診内容

- (1) 歯・口腔状態診査
 - ① 歯牙・歯周組織の診査
 - ② 口腔の清掃状態
 - ③ 粘膜・軟組織の診査
 - ④ 顎関節の診査
- (2) 保健指導
 - ① 口腔衛生指導
 - ② う蝕・歯周病予防のためのブラッシング指導
 - ③ 生活習慣病指導

6. 申し込み・受診方法 ※ 一年度（4月～3月）1回を限度とする。

- (1) 歯科健診申込票に記入のうえ、当組合宛てに郵送またはFAXにて申し込みをする。当組合から「歯科健康診査票」等を送付する。
- (2) 希望の歯科医院へ予約をし、当組合より送付した「歯科健康診査票」等を持参し健診を受診する。

7. 請求方法

健診を受診した歯科医院より、直接当組合へ健診費用を請求する。

郵送またはFAX用

佐賀県歯科医師国民健康保険組合 行
(FAX : 0952-22-7586)

令和6年度 歯科健診申込票

申込日 令和 年 月 日

被保険者 記号番号	申込者氏名	受診を希望する 佐賀県内の歯科医院名※ (未定の場合は記入不要です)	左記歯科医院住所 (分かる所までで結構です)
佐歯・			
佐歯・			
佐歯・			

※歯科健診実施医療機関は、佐賀県歯科医師国民健康保険組合に甲種組合員（歯科医師）が加入している歯科医院となっていますので、ご希望に添えない場合もございます。その際は、歯科健康診査票を送付する際に同封する、歯科医院一覧に記載されている歯科医院で受診をしてください。

健診票送付先 住所	〒 _____ 住所 _____
連絡先電話番号	
乙種組合員氏名 (従業員本人)	

《送付先・お問い合わせ先》

佐賀県歯科医師国民健康保険組合
〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2-5-24
TEL:0952-28-7551 FAX:0952-22-7586