

常務理事	事務長	庶務係長	担当者	補助金額
				円 名 円
				× =

歯科健康診査事後申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名称
 事業所
 所在地
 代表者
 申請者氏名

実施医療機関名							
受診年月日		令和 年 月 日					
支払先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店	普通・当座	口座名義人		
			支店	口座番号	フリガナ		
受診者	記号	番号	本人・家族	氏名	性別	年齢	
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				

※①支払先金融機関「普通・当座」欄及び受診者「本・家区分」欄は該当するところを○で囲んで下さい。

②医療機関の発行した請求書及び結果表（すべて写）を添付して下さい。

③裏面に利用要領を記載しております。ご確認の上、申請下さい。

受付印	受付番号

歯科健康審査事後申請利用要領

〒275-0024

習志野市茜浜 1-10-2

千葉県トラック健康保険組合

TEL 047 (452) 6661

ご利用を希望されるときは次の要領にて取り扱い致します。

- ① 補助対象は35歳以上の組合加入者です。
- ② 「千葉県歯科医師会が定める歯科口腔健康診査」を実施した場合のみ補助の対象です。
次の検査項目が結果に記載されているかご確認下さい。
 - (1) 歯の状態
 - (2) 歯周病の状態
 - (3) その他の所見
 - i) 義歯の状態、ii) 咬合の状態、iii) 口腔軟組織異常、
 - iv) 顎関節異常、v) 口腔乾燥、vi) 口腔衛生状況
 - (4) 総合評価
- ③ 結果表及び請求書(すべて写)を申請用紙に添付の上、当組合宛申請を行って下さい。
- ④ 申請受理後、資格及び必要書類等を確認後、指定口座へお振り込み致します。
- ⑤ 当組合補助金額は 上限2,960円 (税込) です。
※健診費用が上限未満の場合は実費をお振り込み致します。

- 注) 1. 補助は年度内1回となります。
2. 検査項目に不足がある場合、補助の対象とはなりません。
3. 補助金申請は健診受診後3ヶ月以内に行ってください。