

# 歯科健康診査申込書

歯科健康診査費用助成は、組合員の歯の健康維持のため、歯科医（※）による口腔内審査、ブラッシング指導及び健康指導を実施し、費用の一部を助成する事業です。

5月～6月に所属所で健診希望者を取りまとめの上、申込書を提出してください。

※歯科健診を歯科医師会未加入の医院で受けた場合は、助成できません。

【申込み】 希望者を募集して、当該申込書で実施予定人数等を報告してください。

個別健診、集団健診の選択は、所属所内で統一してください。

【健診実施期間】 7月～11月末日

【添付書類】 集団で実施する場合、実施する会議室の広さや形状を表す図面

【助成内容】

| 対 象 者 | 対象年齢（年度末現在） | 助 成 金 額 |
|-------|-------------|---------|
| 組 合 員 | 25歳以上       | 2,000円  |

（健診費用2,500円、自己負担額500円）

●年度末年齢が25歳以上から、受診希望者を募って人数をご報告ください。

●40人以上の集団健診の場合は、実施日数を複数とするか、歯科医を複数として企画してください。

## 歯 科 健 康 診 査 申 込 書

希望日

自：平成〇〇年10月1日

至：平成〇〇年10月2日

※平成28年11月30日までに実施してください。

80 人

形態

※いずれかにチェックしてください。

☐

個 別 健 診

☒

集 団 健 診

個人ごとに、各歯科医院で受診される場合は、「個別受診」にチェックを入れてください。

### 4. 集団健診を実施する場合

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| ① 実施場所                  | 〇〇市役所 2階 会議室 |
| ② 合同で実施する他の所属所（該当がある場合） | 〇〇〇〇事務組合     |

歯科健康診査の実施について上記のとおり申し込みます。

平成〇〇年5月16日

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

記入・押印してください。

所属所長 〇〇市長 〇〇〇〇

印