

## 歯科健診を受診される方へ



この度は、歯科健診にお申込み頂きありがとうございます。

お申込みの歯科医院は、当健保組合の協力医院に該当していませんので、ご自身で歯科医院と相談のうえご受診ください。健診の際は添付の書類を持参の上、ご受診をお願い致します。

なお、本健診は保険診療扱いにはなりません。健診日には念のため健康保険証を持参してください。

**※保険診療の場合、健診補助対象外となり領収書は返送致します。**

歯科医院には、「日産健保の歯科健診」であることを事前に伝えてください。

### 【送付書類】

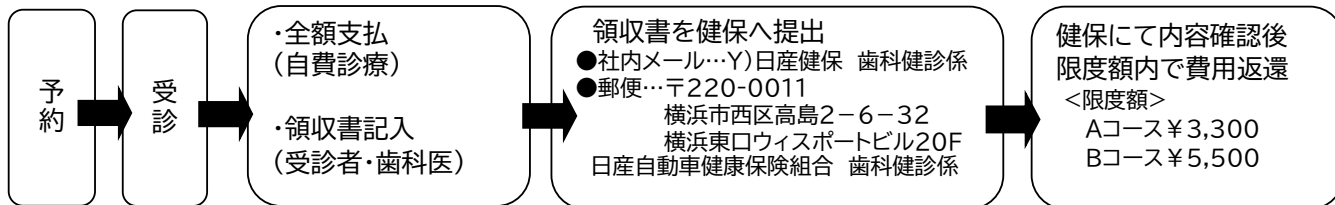
①「歯科健診を受診される方へ」(本紙)・・・キリトリ線以下の「領収書」を歯科医へ提出し記入してもらって下さい。

\*領収書の医療機関名欄には必ず「認印」が必要です。

②「歯科健診のお願い」・・・**歯科医へ提出してください。**

③「歯科健康診査票」・・・歯科医が記入し、ご自身で保管ください。**健保への提出は不要です。**

【請求方法】 ※補助金の申請期間は2年間です。(起算日は受診日の翌日)受診後は速やかに申請頂けますようお願い致します。



受診者記入欄	メールコード		所属コード		被保険者氏名		連絡先 (勤務先・自宅)	
	保険証 記号 - 番号				-		<b>※被保険者本人の口座をご記入下さい</b>	
	振込先	銀行名	支店名	普通・当座	口座番号			
		銀行・信用金庫 (コード)	店・支店・出張所 (コード)	(フリガナ) 名義人				

【ゆうちょ銀行へ振込希望の方】

通帳の記号・番号がわかる頁(通帳見開き1頁目、もしくはキャッシュカードの表面)のコピーを添付してください。

歯科医院記入欄	<b>領 収 書</b>						
	様	受診日 年 月 日					
	円 (税込)	【生年月日】西暦 年 月 日					
	10%対象(税抜) 円	住所					
	消費税額 円	電話番号					
	上記の金額正に領収致しました。 但し 日産歯科健診費 として	医療機関名 ⑧					
登録番号 T							
<table border="1"> <tr> <th>歯科医院 確認項目</th> <th>チェック</th> </tr> <tr> <td>健診部分は全て自費診療</td> <td>自費 ・ その他</td> </tr> <tr> <td>歯石除去 実施の有無</td> <td>あり ・ なし</td> </tr> </table>		歯科医院 確認項目	チェック	健診部分は全て自費診療	自費 ・ その他	歯石除去 実施の有無	あり ・ なし
歯科医院 確認項目	チェック						
健診部分は全て自費診療	自費 ・ その他						
歯石除去 実施の有無	あり ・ なし						
記入誤りには訂正印をお願い致します。							

**※健診部分は保険扱いになりません。自費診療となりますのでご承知おきください。**

## 歯科健診のお願い

拝啓、日頃は弊組合の保険医療にご協力頂き、誠にありがとうございます。

弊組合では疾病予防の一環として、全組合員の方を対象に『歯科健診』を推奨しております。この度、対象者が貴医療機関での受診を希望致しましたので、健診を行って頂きたく宜しくお願い致します。

健診内容並びに健診料につきましては下記の範囲となっておりますので、よろしくお願い申し上げます。

尚、このご案内は日産健保歯科健診の協力医療機関以外の歯科医院様宛となっております。貴医療機関様が協力医であるかご不明な場合は、下部担当までご連絡ください。

(協力医所在 該当地:神奈川県・東京都・栃木県・福岡県・埼玉県・愛知県・岩手県 及び 富士宮市・富士市・中津市・いわき市)

敬 具

記

### 1. 歯科健診内容

\*Aコース 口腔診査及び衛生指導 **3,000円(税抜)**

- ◆ 歯及び歯列、咬合、歯周組織、口腔軟組織
- ◆ 歯口清掃度
- ◆ う蝕、歯周疾患の予防
- ◆ ブラッシング指導
- ◆ 食餌、生活指導

\*Bコース Aコースに加えて予防処置 **5,000円(税抜)**

- ◆ 歯肉縁上歯石除去(歯ぐきより上の部分)

(6歳以上一口腔単位)・・・6歳未満の方については保険診療扱い

### 2. 健診料の支払い

健診料は、受診者が全額お支払い致します。別紙、領収書にご記入頂き、「歯科健康診査票」と一緒に受診者へお渡しく下さるようお願い致します。

尚、**本健診は保険扱いになりません**ので、ご承知おきください。

### 3. 診療に移行した場合の保険取扱いについて

\*健診の結果、治療が必要となった場合は「保険診療」となります。但し、健診日当日に治療を開始した場合の**初診料は算定できません**。(レセプトの「摘要」欄へ、健診からの移行と記入していただければ初診料が算定されていなくても問題ありません)また、翌日以降治療に入る場合には再診料の算定となります。

\*健診扱いとなるのは実施初日のみとなります。実施2日目以降はどんな実施内容であっても「保険診療」扱いとなります。

\*健診から「保険診療」に移行する際は、受診者にその旨をご説明いただき、自己負担額が発生する旨了承を得てから実施してください。

### 4. その他

\*本健診に際し、健保では健診部分に対し上記上限額までの費用補助となります。その部分以外で何らかの受診者費用負担が発生する場合は、事前に受診者の同意のもと健診実施をお願い致します。

\*当組合は適格請求書発行事業者(インボイス登録業者)です。インボイス登録されている医療機関様は、領収書に登録番号および税額等の記載をお願いします。

以上

担当:歯科健診係

TEL:045-461-2353

# 日産自動車健康保険組合「歯科健康診査票」

診査実施日 年 月 日

☆この欄は受診者が必ずご記入ください。

保険証記号		番号		
被保険者氏名				
受診者氏名				
本人・家族	生年月日	西暦	年 月 日( 歳)	
自覚症状	該当する箇所には○をつけてください。			
	<input type="checkbox"/>	歯ぐきから血がでることがある	<input type="checkbox"/>	口の中で現在、気になることがある
	<input type="checkbox"/>	朝起きた時、口が粘るような不快感がある	<input type="checkbox"/>	自分の口臭が気になることがある
	<input type="checkbox"/>	今までに歯石を取ってもらったことがある	<input type="checkbox"/>	今までに大きな病気をしたことがある

## 1. 歯牙の状態

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

(記号)

現在歯 / 未処置歯 C<sub>1</sub>C<sub>2</sub>C<sub>3</sub>C<sub>4</sub>

喪失歯△ 処理歯○

義歯～

※ 以下、該当する箇所には○を記入してください。

## 2. 歯周疾患

なし	G	P1	P2	P3	P4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. 軟組織疾患

## 4. 硬組織疾患

## 5. 歯列・咬合不正

なし	あり	「あり」の場合:病名
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 6. 歯口清掃度

### (1) 歯垢沈着度

<input type="checkbox"/>	歯垢および外来性付着物を認めない
<input type="checkbox"/>	歯垢が歯面1/3以下を被っているか、または範囲に関係なく歯垢以外の外来性付着物が認められる
<input type="checkbox"/>	歯垢が歯面の1/3～2/3の範囲を被っている
<input type="checkbox"/>	歯垢が歯面の2/3以上を被っている

### (2) 歯石沈着度

<input type="checkbox"/>	歯石を認めず
<input type="checkbox"/>	歯肉縁上歯石が歯面の1/3以下の範囲に認められる
<input type="checkbox"/>	歯肉縁上歯石が歯面の1/3～2/3の範囲に認められる。歯肉縁下歯石が歯頸部に散在して認められる
<input type="checkbox"/>	歯肉縁上歯石が歯面の2/3以上を被っている。歯肉縁下歯石が歯頸部に連続して帯状に認められる

## 7. 口腔衛生指導の実施項目

<input type="checkbox"/>	う蝕予防指導
<input type="checkbox"/>	歯周疾患予防指導
<input type="checkbox"/>	歯口清掃指導(口腔状態に適したブラッシング指導)
<input type="checkbox"/>	食餌指導・生活指導
<input type="checkbox"/>	その他( )

## 8. 歯肉縁上歯石除去(6歳以上1口腔単位)

※6歳未満の方は、保険診療扱いとなります。

<input type="checkbox"/>	した
<input type="checkbox"/>	しない

☆あなたの歯科健康診査の結果は次の通りですのお知らせします。☆

### 1. 治療が必要です。早めに治療をしてください。

<input type="checkbox"/>	う蝕(虫歯)の治療を必要とします。
<input type="checkbox"/>	歯周疾患の治療(歯石除去を含む)を必要とします。
<input type="checkbox"/>	補てつ(義歯)を必要とします。
<input type="checkbox"/>	その他( )

※治療を必要とされる方は、健診医もしくは最寄りの  
歯科医療機関に、この用紙を持参の上ご相談ください。

### 2. 今のところ治療の必要はありませんが、 定期的に歯科健診を受けましょう。

《口腔状態》

○歯口清掃	[ よい ・ ふつう ・ わるい ]
○歯石	[ あり ・ なし ]
○虫歯	[ あり ・ なし ]
○歯肉炎(歯肉の炎症)	[ あり ・ なし ]
○歯周疾患(歯槽膿漏)	[ あり ・ なし ]

医療機関住所

医療機関名