

スズキ健康保険組合 行

□歯科検診票 兼 助成金申請書 ※1

□歯科検診保留届 ※2

検診年月日	平成 年 月 日	事業所名	
証記号・番号	記号 番号	所 属	
被保険者氏名	㊟	生年月日	昭和 年 月 日 (才)

※1:歯科検診受診の場合

※2:歯科検診保留の場合

◇手続き方法

- I 次の問診票に記入後、歯科検診を受診する。
- II 医師記入欄と右下領収欄に証明をもらう。
- III 健保組合へ提出する。

◇手続き方法

- I 次の保留条件を確認の上、記入する。
- II 健保組合へ提出する。

問診票(□に✓点、記入をお願いします)	
1. 毎日、何回くらい歯をみがきますか。	
□ みがかない日もある	
□ 1回	□ 2回 □ 3回以上
2. 歯の健康維持のために心掛けていることはありますか。	
□ 特にない	□ 歯のつけねをみがく
□ 1日1回は時間をかけてみがく	
□ 軽い力でみがく	□ 小さめの歯ブラシを使う
□ 電動歯ブラシ(音波式歯ブラシ)を使う	
□ デンタルフロス(糸楊枝)や歯間ブラシを使う	
□ その他()	

保留条件(□に✓点、記入をお願いします)	
保留対象者は、次の何れかに該当する方	
□ 病気のため会社を長期に休んでいる方	
□ 誕生日を含む前3ヶ月以内に歯科治療を受けた方	
* 歯科治療の領収書の写しを添付願います。 添付が無い場合は受理できません。 (添付物はお返ししませんのでご了承ください)	
□ 総義歯(総入歯)の方	
一度申請すれば自動更新し、以降の提出は不要です。	

●医師記入欄

(1) 口腔内審査(喪失歯のうち補綴処置の不要の歯には×を記入)

[記号の内容]

上																上	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
右																	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
下																	下

- 健全歯 … /
- 処置歯 … ○
- 未処置歯 … C
- 要補綴歯 … △
- 欠損補綴歯 … ⊙
- ブリッジ … Br
- 局部床義歯 … PD

(2) 歯石沈着

- I. なし
- II. 少しついている
- III. たくさんついている

(3) 歯肉の状態

- I. 正常な歯肉
- II. 軽度の歯肉の炎症がみられる
- III. 中等度以上の歯肉の炎症がみられる

(4) 口腔清掃状態

- I. 良好・歯垢の付着なし
- II. 普通
- III. 不良・歯冠1/3以上が汚れている

(5) 判定区分

- I. 異常なし
- II. 要指導
- III. 要精検
 - a. 歯石除去
 - b. 歯周治療
 - c. う蝕治療(未処置歯あり)
 - d. 補綴処置(要補綴歯あり)

※歯科検診の内容

(1) 健康診査

う歯・歯周疾患・咬合状態・咀嚼機能を検診し、その健康障害の病状・進行度等の診断を行ない、口腔の清掃状態・義歯の管理状況を診査する。

(2) 保健指導

口腔衛生の意識向上のための指導及び歯口清掃の指導(ブラッシング指導を含む)を実施する。

実施医療機関 領収欄	
歯科検診費用(保険外) 3,240円(消費税含む)を正に領収いたしました。	
検診実施日 平成 年 月 日	
住 所	
医療機関名	
医師氏名	㊟

朱印をお願いします↑

スズキ健康保険組合 行

□歯科検診票 兼 助成金申請書 ※1

□歯科検診保留届 ※2

検診年月日	平成 年 月 日	事業所名	
証記号・番号	記号 番号	所 属	
被保険者氏名	Ⓜ	生年月日	昭和 年 月 日 (才)

※1:歯科検診受診の場合

◇手続き方法

- I 次の問診票に記入後、歯科検診を受診する。
- II 医師記入欄と右下領収欄に証明をもらう。
- III 健保組合へ提出する。

※2:歯科検診保留の場合

◇手続き方法

- I 次の保留条件を確認の上、記入する。
- II 健保組合へ提出する。

問診票(□に✓点、記入をお願いします)

- 毎日、何回くらい歯をみがきますか。
 - みがかない日もある
 - 1回 2回 3回以上
- 歯の健康維持のために心掛けていることはありますか。
 - 特にない 歯のつけねをみがく
 - 1日1回は時間をかけてみがく
 - 軽い力でみがく 小さめの歯ブラシを使う
 - 電動歯ブラシ(音波式歯ブラシ)を使う
 - デンタルフロス(糸楊枝)や歯間ブラシを使う
 - その他()

保留条件(□に✓点、記入をお願いします)

保留対象者は、次の何れかに該当する方

- 病気のため会社を長期に休んでいる方
- 誕生日を含む前3ヶ月以内に歯科治療を受けた方

*** 歯科治療の領収書の写しを添付願います。
添付が無い場合は受理できません。
(添付物はお返ししませんのでご了承願います)**

- 総義歯(総入歯)の方
一度申請すれば自動更新し、以降の提出は不要です。

●医師記入欄

(1) 口腔内審査(喪失歯のうち補綴処置の不要の歯には×を記入)

[記号の内容]

上															上		
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
右																	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
下																	下

- 健全歯 … /
- 処置歯 … ○
- 未処置歯 … C
- 要補綴歯 … △
- 欠損補綴歯 … ⊙
- ブリッジ … Br
- 局部床義歯 … PD

(2) 歯石沈着

- I. なし
- II. 少しついている
- III. たくさんついている

(3) 歯肉の状態

- I. 正常な歯肉
- II. 軽度の歯肉の炎症がみられる
- III. 中等度以上の歯肉の炎症がみられる

(4) 口腔清掃状態

- I. 良好・歯垢の付着なし
- II. 普通
- III. 不良・歯冠 1/3 以上が汚れている

(5) 判定区分

- I. 異常なし
- II. 要指導
- III. 要精検
 - a. 歯石除去
 - b. 歯周治療
 - c. う蝕治療(未処置歯あり)
 - d. 補綴処置(要補綴歯あり)

※歯科検診の内容

(1) 健康診査

う歯・歯周疾患・咬合状態・咀嚼機能を検診し、その健康障害の病状・進行度等の診断を行ない、口腔の清掃状態・義歯の管理状況を診査する。

(2) 保健指導

口腔衛生の意識向上のための指導及び歯口清掃の指導(ブラッシング指導を含む)を実施する。

※検診費用

3,000円(消費税別)を目安にお願いします。検診の費用は保険診療とはせず、全額受診者負担となっておりますので、受診者より徴収をお願いします。

実施医療機関 領収欄	
歯科検診費用(保険外)	円(消費税含む)
を正に領収いたしました。	
検診実施日	平成 年 月 日
住 所	
医療機関名	
医師氏名	Ⓜ

朱印をお願いします↑