



歯科健康診査のご案内

平素は当組合の事業運営につきまして、格別のご支援ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

当組合では、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康診査を実施しております。自分の歯を多く残しよく噛めている人ほど、生活の質や活動能力が高く健康を維持して他の病気の誘発を抑えることが出来るようになっていわれています。

この機会を利用して是非、ご受診ください。

概要

対象者：当国保組合に加入している被保険者

健診費用：全額組合負担

※健診の流れで歯石除去等、治療行為が生じた場合、自己負担となります

健診期間：通年（ただし、年度内(4月～翌3月)に1回)

健診機関：兵庫県下の歯科医院（兵庫県歯科医師会会員である事）

申込方法

- ① 兵庫県歯科医師会のホームページにて、健診機関を探します。
<http://www.hda.or.jp>
- ② ご希望の歯科医院に、組合員様ご自身で直接ご予約してください。
- ③ 受診申込書に必要事項をご記入の上、当国保組合へお申込みください。
- ④ 確認後、歯科健診票一式をお送りします。
健診当日に歯科医院窓口へご提出ください。



【 歯科健康診査 】 受診申込書

直接ご自身で対象歯科医院へご予約いただいた後、下記申込書にご記入のうえ
当国保組合までお申込みください。

<<申込先>>

郵送 … 〒650-0026 神戸市中央区古湊通1丁目2-18
開発センタービル7階

FAX … 078-341-5552



- 記 -

被保険者証番号	283051-	
---------	---------	--

ふりがな 氏名	生年月日	受診予定の歯科医院 (所在地)	健診申込予定日	*食品国保 記入欄
男 女	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	(市 区)	令和 年 月 日	
男 女	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	(市 区)	令和 年 月 日	
男 女	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	(市 区)	令和 年 月 日	
男 女	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	(市 区)	令和 年 月 日	
男 女	昭和・平成・令和 年 月 日 歳	(市 区)	令和 年 月 日	

令和 年 月 日

(〒 ー)

組合員住所 _____

組合員氏名 _____

日中連絡のとれる
電話番号 _____