

任意継続用歯科健診補助金申出書

被保険者証の 記号・番号	—	申出年月日	令和	年	月	日
フリガナ 被保険者氏名		連絡先	()	—		
フリガナ 受診者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
問診 (該当する番号を○で囲ってください)						
①	最近1年以内に歯科健診・歯科治療を受けましたか	1.はい	2.いいえ			
②	定期的に歯科健診を受けていますか	1.はい	2.いいえ			
③	歯がぐらついたり、歯肉から血や膿が出ることがありますか	1.はい	2.いいえ			
④	歯磨きは1日に2回以上しますか	1.はい	2.いいえ			
⑤	歯間ブラシ・フロス等を使用しますか	1.はい	2.いいえ			
⑥	喫煙の習慣はありますか	1.はい	2.いいえ			
⑦	全身の状態であてはまるものをお答えください (複数回答可) 1.異常無し 2.糖尿病 3.脳血管障害 4.心疾患 5.肥満症 6.その他 ()	1	2	3	4	5 6
⑧	その他、気になることがあれば記入してください ()					

★ 注意事項 ★

- 1 保険証を使って健診を受けると補助対象外になることがありますので、ご注意ください。
- 2 すべての枠 に記入してください。
- 3 裏面 (歯科健診結果票) は、歯科医院で記入してもらってください。
- 4 この申出書は、**領収書の原本**と併せて、名古屋文具紙製品健康保険組合へ提出してください。

※健診結果は、受診者の健康管理と当健康保険組合の統計資料等疾病予防事業に活用させていただき、プライバシーの保護には万全を期し、目的以外には使用いたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。