

- 京都府内の医療機関で歯科健診を受けられる場合はこの申請用紙は利用できません。
 京都府内で歯科健診を希望される場合は必ず事前に芸術家国保までご連絡ください。

支 出 決 定			支 給 日	令和 年 月 日
常務理事	事務長	係		
			支 給 金 額	円

歯科健診助成金申請書（京都府外）

保険証記号番号	芸 一	受診者名	
受 診 日	年 月 日	健診機関の名称 (病院名)	
自己負担金額	円		

上記のとおり歯科健診助成金を申請します。

令和 年 月 日 千 円

住所.....

組合員.....

(事業主) 氏名..... (印)

京都芸術家国民健康保険組合理事長 様

振 込 先	銀行 (店番)	<お願い> ※口座があればゆうちょ銀行を指定に
	信金 支店	
	普・当・貯蓄	フリガナ.....
	口座番号.....	口座名義人.....

委任の欄	この欄は助成金の受領を申請者(組合員)以外の口座に振込む場合に記入してください。	助成金の受領を () に委任します。
		令和 年 月 日 組合員氏名..... (印)

* 太枠内だけ記入してください。

申請期限: 受診日の属する年度末(3月31日)必着

歯科健診助成金（京都府外）実施要項

対象者 : 芸国に加入している **18歳以上**の被保険者

健診場所 : **京都府外の医療機関**

申請期間 : **受診日の属する年度末（3月31日）必着**
※ 申請期間を過ぎた場合は助成できません。ご注意ください。

助成額 : 1名につき3,400円を上限に当年度内に1回補助。
費用が3,400円に満たない場合は実費分を補助。

健診項目 : 歯及び歯列、咬合、歯周組織検査が含まれているもの。

申請方法

○芸術家国保まで下記の書類を提出してください。

①**歯科健診助成金申請書**

②**領収書（原本）**

※受診者名（フルネーム）と領収金額、**自費・歯科健診費用**と記載されているもの。

③**健診結果表（写し）**

※申請者は必ず**組合員（事業主）**名でお願いします。

※助成金の**振込指定口座名義**が申請者と異なる場合は**委任の欄**の記入、**捺印**が必要です。

○必ず**自費（保険適用外）**で**歯科健診**を受診ください。（保険診療での歯科検査は助成できません）

○健康診査票・質問票が歯科医院にない場合、次ページの「**歯科健康診査票**」「**歯科健診質問票**」を使用してください。

歯科健康診査票

健診年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険証記号番号	芸 -	名 前	
---------	-----	-----	--

診査1 軟組織・歯・顎関節の状態 (なし=0、あり=1)

(1) 軟組織の疾病..... <input type="checkbox"/>	(2) 歯 の 摩 耗 <input type="checkbox"/>	(3) 歯の咬耗..... <input type="checkbox"/>
(4) 顎関節の疾病..... <input type="checkbox"/>	(5) 歯列の不正・不正咬合..... <input type="checkbox"/>	()

診査2 歯の状態

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

(1) 現在歯数	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) 健全歯	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3) 要治療歯	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4) 欠損歯	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) 処置歯	<input type="text"/>	<input type="text"/>
※特殊検診	<input type="text"/>	<input type="text"/>

健全歯..... / 要治療歯..... C 欠損歯..... △ 処置歯..... ○ 欠損補綴歯..... ⊙

診査3 歯周組織の状態

上	歯 の 動 揺 度																上	
	プロービング後の歯肉出血																	
	ポ ケ ッ ト の 深 さ																	
右		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	ポ ケ ッ ト の 深 さ																	
	プロービング後の歯肉出血																	
下	歯 の 動 揺 度																下	

(1) 歯ぐきからの出血があります..... <input type="checkbox"/>	(2) 歯石が沈着しています..... <input type="checkbox"/>	(3) 排膿があります..... <input type="checkbox"/>
(1) 健康です..... <input type="checkbox"/>	(2) 歯周病がはじまっています..... <input type="checkbox"/>	(3) 歯周病が進んでいます..... <input type="checkbox"/>

治療の必要性 (なし=0、あり=1)

(1) 軟組織の処置..... <input type="checkbox"/>	(2) う 蝕 の 処 置..... <input type="checkbox"/>	(3) 欠損補綴の処置..... <input type="checkbox"/>
(4) 歯周病の処置..... <input type="checkbox"/>	(5) 顎関節の処置..... <input type="checkbox"/>	()

補綴状態

	Br.
	P. D, F. D.

ワンポイントアドバイス

健診医療機関名	健診医師名
---------	-------

歯科健診質問票

記入日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

名前 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

以下については、歯科保健向上を目的に健診の参考とさせていただきますので、ご協力ください。

(1)この一年以内に次の病気で医院にかかったことがありますか。(複数回答可)

・心臓病 ・呼吸器病 ・胃腸病 ・糖尿病 ・肝臓病 ・高血圧 ・その他(_____)

(2)生活習慣について

- | | |
|---|----------|
| ①毎日3回、定期的に食事をする | はい ・ いいえ |
| ②ほとんど毎日、間食や夜食をとる | はい ・ いいえ |
| ③肥満に注意している | はい ・ いいえ |
| ④睡眠時間はほぼ7～8時間とれている | はい ・ いいえ |
| ⑤適度な運動をしている | はい ・ いいえ |
| ⑥喫煙習慣がある (・吸わない ・1～10本 ・11から20本 ・20本以上) | |
| ⑦お酒を飲む (・飲まない ・1～2回/週 ・3～6回/週 ・毎日) | |
| ⑧日常的にストレスを感じている | はい ・ いいえ |

(3)該当するところに○を付けてください

- 最近、歯が痛んだことがある、又、今傷んでいる
- 歯ぐきから出血したり、腫れたりしたことがある
- 硬いものが咬みにくくなった
- 口を大きく開けると、顎関節が痛くなったり音がしたりする
- 歯の色、歯並びが気になる
- 口臭が気になる
- 肩こりがよくおきる
- この一年間に歯医者に行ったことがある。
 - ①行った
 - ②行かなかった……その理由 (a)悪いところがなかった (b)仕事が忙しい (c)悪いところがあるようだが特に不自由はしていない (d)適当な歯科医院がわからない (e)治療が怖い (f)その他(_____)
- 今までに、「歯磨き指導」を受けたことがありますか
 - ①ある
 - ②ない
- 歯ブラシ以外の清掃用具を使いますか
 - ①歯間ブラシ
 - ②電動歯ブラシ
 - ③デンタルフロス(糸ようじ)
 - ④その他(_____)
 - ⑤使っていない
- この一年間以内に、歯や歯ぐき、顎の病気で会社を欠勤したことがありますか
 - ①ある (欠勤 _____ 日)
 - ②ないまた、仕事がかどらなかつたり、仕事に支障やミスがあつたりしましたか
 - ①ある
 - ②ない