

医療機関様

JMA健康保険組合

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、被保険者の方を対象に『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いたしましたので、健診を行って頂きたいとよろ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、JMA 健康保険組合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。

敬具

記

1. 歯科健診内容

【口腔診査】

- ・歯、軟組織、口腔乾燥、歯肉の状態
- ・口腔衛生の状態
- ・その他の所見

【口腔衛生指導】

- ・う蝕、歯周疾患の予防法
- ・ブラッシング指導
- ・食事、生活指導など

2. 健診費用

- ・3,000円(消費税別)を上限にお願い致します

※健診の費用は、受診者が全額お支払い致します。別紙、「②歯科健康診査票」と「③歯科健康診査通知票」にご記入頂き、「①問診票」と一緒に 3 枚まとめて受診者へお渡しくださるようお願い致します。

尚、本健診は保険診療扱いにはなりませんので、ご承知おきください。

3. 治療

歯科健診の結果、治療を必要とする場合は、保険診療の適用をお願い致します。

尚、(1)健診当日の治療、(2)健診後1か月以内の治療は、再診扱いでお願いします。この場合、レセプト摘要欄には、“歯科健診より移行”とご記入ください。また、健診当日の保険診療の自己負担額は、歯科健診の領収書に含めず、別途発行くださいますようお願い致します。

以上

担当：市川・糠信

TEL:046-233-3510

①JMA 健康保険組合「問診票」

受診前に太枠内を記入し、
各質問にお答えください

診査実施日	20 25 年 8 月 30 日		
受診者氏名	海老名 花	生年月日	2000 年 4 月 20 日生
健康保険証等 記号・番号	記号(1000) ・ 番号(123456)		

【質問】

Q1 現在、ご自身の歯や口の状態で気になることがありましたら該当する項目に○をご記入ください。

- ①噛み具合が気になる。②見た目が気になる。③発音が気になる。④口臭が気になる。
⑤痛みが気になる。⑥入れ歯が気になる。⑦飲み込みが気になる。
⑧その他 ()

Q2 ご自身の歯もしくは入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか。

- ①両方噛める ②片方噛める ③両方噛めない

Q3 冷たいもの熱いものがしみますか。

- ①いつも ②時々 ③いいえ

Q4 歯をみがくと出血しますか。

- ①いつも ②時々 ③いいえ

Q5 1日に何回、歯をみがきますか。

- ①1回 ②2回 ③3回以上 ④みがかない

Q6 歯間ブラシやデンタルフロスなどの歯間清掃用具を使っていますか。

- ①はい ②いいえ

Q7 かかりつけの歯科医院がありますか。

- ①はい ②いいえ

Q8 年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか。

- ①はい ②いいえ

Q9 たばこを吸っていますか。

- ①はい ②いいえ

Q10 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていましたら該当する項目に○をご記入ください。

- ① 糖尿病 ②脳卒中 ③心臓病 ④肺疾患 ⑤がん ⑥骨粗しょう症
⑦その他 ()

Q11 基本的なお口の働きについて該当する項目に○をご記入ください。

- ①半年前に比べて固いものが食べにくくなった。
②お茶や汁物等でむせることがある。
③口の渇きが気になる。
④「さきいか」「たくあん」くらいの固さの食品を普通に噛みきれない。

この「問診票」に記載されたあなたの個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに基づき、厳重なる管理を行い、利用目的以外の使用は行いません。

②JMA 健康保険組合「歯科健康診査票

受診前に赤枠内を
記入してください

診査実施日(西暦) 20 25 年 8 月 30 日

事業所名	海老名総合病院	所属部署名	看護部
被保険者氏名	海老名 花	生年月日	2000 年 4 月 20 日生
健康保険証等 記号・番号	記号(1000) ・ 番号(123456)		
住所	(〒 243 - 0000) 神奈川県海老名市〇〇町		
電話番号	090 - 1234 - 5678		

★以下の審査を実施していただき、ご記入または○印を付けてください。

1. 歯の状態

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

①健全歯数(/)	②未処置歯数(C)	③処置歯数(O)	④現在歯数 (①+②+③)	⑤欠損補綴歯数(△) 本 インプラント(なし・あり)	⑥要補綴歯数(×) 本
本	本	本	本		本

2. 軟組織の状態 異常 ①なし ②あり (部位 1. 歯肉 2. 舌 3. 粘膜 4. その他_____)

3. 口腔乾燥の状態 異常 ①なし ②あり (1. 軽度 2. 中程度 3. 重度)

4. 歯肉の状態 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

	17	16	11		26	27
BOP						
PD						
BOP						
PD						
	47	46		31	36	37

①歯肉出血(BOP)

0: 健全
1: 出血あり
9: 除外歯
×: 該当歯なし

②歯周ポケット(PD)

0: 4mm未満
1: 4mm以上6mm未満
2: 6mm以上
9: 除外歯
×: 該当歯なし

歯肉出血最大コード

歯周ポケット最大コード

5. 口腔衛生の状態

①プラーク付着状況 1. 殆どない 2. 中程度 3. 多量 ②歯石 1. 殆どない 2. 中程度 3. 多量

③舌苔 1. 殆どない 2. 中程度 3. 多量 ④口臭 1. 殆どない 2. 弱い 3. 強い

⑤義歯清掃状況 1. 良好 2. 普通 3. 不良 4. 義歯なし

6. その他所見 ①なし ②あり(1. 歯「楔状欠損」等 2. 歯列咬合 3. 顎関節 4. その他_____)

この「歯科健康診査票」に記載されたあなたの個人情報
は、当組合のプライバシーポリシーに基づき、厳重なる管
理を行い、利用目的以外の使用は行いません。

歯科健診医療機関名

③JMA 健康保険組合「歯科健康診査通知票」

受診者氏名		診査実施日	20	年	月	日
-------	--	-------	----	---	---	---

※該当する箇所に○印を付けてください

あなたの歯科健康診査の結果は次の通りですのでお知らせします。

あなたのお口の健康状態

- ()良好な状態です。
- ()むし歯があります。
- ()歯ぐきに炎症があります。
- ()かみ合わせに問題があります。
- ()軟組織〔歯肉、舌、粘膜など〕に異常がある可能性があります。
- ()お口の中が乾燥しています。
- ()お口の中が汚れています。
- ()口臭があります。
- ()その他[]

お口の健康を保つために

- ()今のところ治療の必要はないと思われますが、歯科医院で定期的に歯科健診を受けることをお勧めします。
- ()歯のみがき方などの指導を受けて、お口の清掃を心がけてください。
- ()検査や治療を必要とします。歯科医療機関を受診してください。
- ()その他〔 〕

生涯おいしく楽しく食べるため、かかりつけ歯科医をもち、お口の健康を保ちましょう。

歯科健診医療機関名

歯科健診補助金申請書（被保険者）

被保険者等の 記号・番号	1000 — 123456		フリガナ	エビナ ハナ							
			氏 名	海老名 花							
(連絡先) 住所・電話番号	〒 243-0000 神奈川県海老名市〇〇町						090 (1234) 5678				
	勤務先名称		海老名総合病院		所属	看護部					
受診日	西暦 2025 年 8 月 30 日										
受診内容	歯科健診										
健診費用 (健診機関で支払った額)	3,300 円										
健診機関名	名称	〇〇歯科クリニック			所在地	〒					
上記のとおり歯科健診を受診したので、必要書類を添付して補助金を申請します。 令和 7 年 9 月 1 日 被保険者 氏名 海老名 花 印 JMA健康保険組合殿											
振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	〇〇 銀行		〇〇〇 支店							
	預金種別	普通 ・ 当座	口座 番号	0	1	2	3	4	5	6	※左づめで記入
	口座名義(カナ)	エビナ ハナ					※原則、被保険者名義となります				

《補助金申請時の注意事項》

※この申請には、①問診票、②歯科健康診査票、③歯科健康診査通知票、④領収証(原本)を添付してください。
 また添付する領収書の宛名は必ず受診者名となっていること。

《送付先》：JMA健康保険組合

〒243-0438 神奈川県海老名市めぐみ町2番2号 VINA GARDENS OFFICE 12F TEL：046-233-3510

補助金額（上限） 1人1回/年	上限3,800円（3,800円（税込）以下の場合は実費）
--------------------	------------------------------

健康保険組合使用	
支給額	円
支払年月日	令和 年 月 日

受付印

2025.08 JMA健康保険組合