

令和8年度 歯科健診申込書

福井県自動車販売整備健康保険組合 行



申 込 日	年	月	日
事業所名称 (勤務先)			
被保険者氏名 (申込者)			
受診を希望する歯科医院の所在地 (○を記入してください)	<input type="checkbox"/>	福井県	
	<input type="checkbox"/>	石川県	
	<input type="checkbox"/>	富山県	

【実施期間】 令和8年 8月～11月末

【歯科健診内容】 口腔診査 ・う蝕・歯周病(視診のみ)・歯口清掃状態
口腔衛生指導 ・う蝕、歯周病の予防・食事指導、生活指導
・歯と口の健康相談

【歯科健診費用】 無 料 (4,000円相当)

注 意 ただし、歯科健診後の検査や治療等は保険診療となりますので、別日に改めて受診をお願いします。費用は自己負担となります。

【歯科健診を受けることができる歯科医院】

福井県・石川県・富山県の歯科医師会に加盟している歯科医院

※詳細は、当健保組合ホームページをご確認ください。

7月24日(金) までに

FAX 0776-35-1135 へお送りください。

先着50名様

お早めにお申込みください。