

天理市国民健康保険歯周疾患検診助成要綱

(趣旨)

第1条 歯周疾患を予防し、健康な歯の保持に資するため、国民健康保険被保険者に対して、歯周疾患検診に要する費用（以下「検診料」という。）につき、予算の範囲内において助成を行うものとし、その交付に関しては、天理市補助金等交付規則（平成15年2月天理市規則第3号）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において「歯周疾患検診」とは、次に掲げる検査項目を総括した検診をいう。

- (1) 軟組織・歯・顎関節の状態
- (2) 歯の状態
- (3) 歯周組織の状態

(対象者)

第3条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する被保険者とする。

- (1) 検診料の助成を申請する日（以下「申請日」という。）において年齢が40歳以上の者であること。
- (2) 申請日において、申請日前1年以上継続して被保険者の資格を有していること。
- (3) 申請日において、国民健康保険料を完納している世帯の世帯主又はその世帯に属する者であること。

(助成の範囲等)

第4条 検診料の助成は、市長の指定する検査機関（以下「指定検査機関」という。）において、歯周疾患検診を受診した対象者に対し行うものとする。この場合において、助成の回数は、対象者1人につき1年度1回限りとする。

(助成額等)

第5条 助成する額は、検診料の8割に当たる額とし、当該金額に10円未満の端数が生じたときは、これを切り上げるものとする。

(申請)

第6条 検診料の助成を受けようとする者は、天理市国民健康保険歯周疾患検診助成金交付申請書（様式第1号）を当該年度の末日までに市長に提出しなければならない。

(受診の通知)

第7条 市長は、前条の申請があったときは、直ちに受診の適否を審査し、適当と認めるときは天理市国民健康保険歯周疾患検診受診券（様式第2号。以下「受診券」という。）を交付するものとする。

(決定の通知等)

第8条 市長は、当該申請を適当と認めるときは、検診料の助成を決定するとともに、天理市国民健康保険歯周疾患検診助成金交付決定通知書（様式第3号）により当該申請者に通知するものとする。

(助成の方法)

第9条 市長は、受診券の交付を受けた者が指定検査機関において歯周疾患検診を受診した場合は、第5条の規定による助成金を当該指定検査機関に対して支払うものとする。

2 前項の規定による助成金の支払があったときは、歯周疾患検診の受診者に対し、検診料の助成があったものとみなす。

(申請の取下げ)

第10条 申請者は、交付決定の通知を受けた場合において、決定の内容又はこれに付された条件に不服があるときは、当該年度の検診を受診するまでに、申請を取り下げることができる。

(受診手続)

第11条 受診者は、指定された日に第7条に規定する受診券を指定検査機関に提出することにより受診しなければならない。

2 受信者は、やむを得ない理由により指定された日に受診できないときは、直ちにその旨を指定検査機関に報告しなければならない。

(費用の請求)

第12条 指定検査機関は、歯周疾患検診が終了したときは、これに要した費用を天理市国民健康保険歯周疾患検診費用請求書（様式第4号）により市長に請求するものとする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

※市役所使用欄

課長	課長補佐	係長	係

様式第1号(第6条関係)

天理市国民健康保険 歯周疾患検診 申請書

NO. _____

ふりがな		性別	男・女
受診者氏名		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
住所		電話番号	
被保険者証記号番号	奈4・	受診歯科医院名	
世帯主氏名		受診年月日	年 月 日

上記の通り、歯周疾患検診を受診したく申請します。

天理市長 様

年 月 日

申請者氏名 _____

※市役所記入欄

次の3項目のいずれにも該当していること	適合	不適合
① 申請日において、年齢が40歳以上の被保険者であること		
② 申請日において申請日前1年以上継続して被保険者の資格を有している事		
③ 申請日において、国民健康保険料を完納している世帯の世帯主又はその世帯に属する者であること		

天理市国民健康保険 歯周疾患検診 受診券

No. _____

ふりがな		性別	男 ・ 女
受診者 氏名		生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)
住所	天理市 町 番地	電話	
被保険者証 記号番号	奈4・	受診歯科 医院名	
世帯主氏名		受診 年月日	年 月 日
		受診 時間	午前 時 分 午後

年 月 日 交付

天理市長

お問合せ先 天理市役所 保険医療課 電話 63-1001

注意事項

- ① この受診券を歯科医院の窓口へ提出していただき、受診日・受診時間を予約してください。
- ② 予約した受診日・時間を変更、または、取り消されるときは、直接受診される医院へ連絡してください。
- ③ 受診券を紛失された場合は、市役所保険医療課まで連絡し、再発行を受けてください。
- ④ 受診後、医院窓口で 受診料 700 円 をご負担ください。

様式第3号(第8条関係)

第 号
年 月 日

天理市国民健康保険歯周疾患検診助成金交付決定通知書

様

天理市長

天理市国民健康保険歯周疾患検診助成金について、交付することに決定したので、天理市国民健康保険歯周疾患検診助成要綱第8条の規定により、次のとおり通知します。

記

助成金額 _____ 円

受診者

氏名 _____ 性別 _____

住所

生年月日

補助条件

請 求 書

年 月 日

天理市長 様

請 求 額 _____ 円

但し、天理市国民健康保険歯周疾患検診費用

(2,800円× _____ 人)

上記のとおり受診者名簿を添えて請求いたします。

(添付書類として、歯周疾患検診申請書及び受診票)

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名

印

口座振込	ふりがな 名 義		普通	口座番号 (右づめで記入)			
	銀行名	銀行	支店	当座			

天 理 市 国 民 健 康 保 険

歯周疾患検診済者名及び請求内訳書

受診日	氏 名	生年月日	保険証番号	住 所
				天理市
				天理市
				天理市

(_____ 歯科医院)