

組 合 員 各 位

茨城県歯科医師国民健康保険組合
理 事 長 横 田 郎



令 和 7 年 度 保 健 事 業 の ご 案 内

日頃より組合運営には、種々ご理解ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、茨城県歯科医師国民健康保険組合では、被保険者の皆様の疾病並びに負傷についての医療給付と、皆様が健康で元気にお過ごしいただけますよう、毎年保健事業を計画いたしております。

健康保持・増進及び疾病予防の為、ご活用下さいますようお願い申し上げます。

— 令 和 7 年 度 保 健 事 業 一 覧 —

- 簡 易 ド ッ ク …………… 1 P 39歳以下の被保険者
- 特 定 健 康 診 査 …………… 2 P 40歳以上の被保険者
- 人 間 ド ッ ク …………… 3 P 40歳以上の被保険者
- 脳 ド ッ ク 補 助 …………… 4 P 40歳以上の被保険者
- インフルエンザワクチン
予 防 接 種 補 助 …………… 5 P 65歳未満の被保険者
- 婦 人 科 検 診 …………… 6 P 女性の被保険者
- P E T 検 診 補 助 …………… 7 P 40歳以上の被保険者
- 肺 が ん 検 診 補 助 …………… 8 P 40歳以上の被保険者
- 特 定 健 康 保 健 指 導 …………… 9 P 該当者のみ実施
- オプション健診 ※ 簡易ドック及び特定健診時実施

ホームページにて、同様の冊子・最新のお知らせを公開しております。

HPアドレス <https://ibashikokuho.jp>

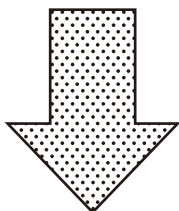
又はこちらから→



簡易ドック・特定健康診査・人間ドックの受診について

令和8年3月31日時点で年齢が

39歳以下の被保険者の方



簡易ドック

- 一部負担4,000円
- 別紙「**申込1**」を茨城県メディカルセンターに送付してください。
- 詳しくは1ページ「**案内1**」をお読みください



同日同会場で開催いたします

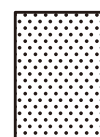
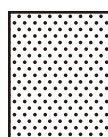
特定健康診査

- 一部負担金なし
- 別紙「**申込2**」を茨城県メディカルセンターに送付してください
- 詳しくは2ページ「**案内2**」をお読みください。
- 申込は歯科医院で 一括してお送り下さい。
- **当日窓口に資格確認書等をご提示ください。**

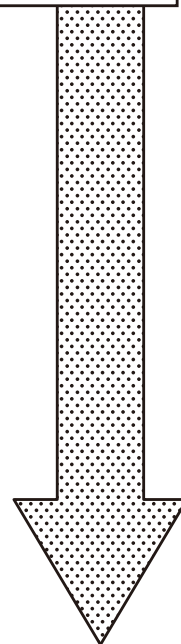
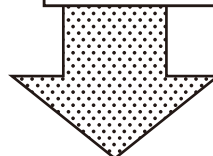
40歳以上74歳以下の被保険者の方

特定健康診査で受診する
一部負担金なし

人間ドックで受診する
一部負担金あり



補助の併用はできません。どちらか一方をお選び下さい。



人間ドック

- 一部負担金あり
 - 詳しくは3ページ「**案内3**」をお読みください。
- ① 直接検査機関に予約してください。
 - ② 受診日が決まりましたら別紙「**申込3**」を組合宛送付してください。
 - ③ 受診日が近くなりましたら、受診券(セット券)を送付いたします。
 - ④ **資格確認書等及び受診券(セット券)を窓口で提示して受診してください。**

案内 1

簡易ドック

令和8年3月31日時点で、年齢が39歳以下の方

1. 期日及び実施場所

期 日	健診場所	所 在 地
5月11日(日) 150名	ホリゾンかみね	日立市宮田町3381
5月18日(日) 100名	市民ホールつくばね	つくば市北条5060
5月25日(日) 150名	クラフトシビックホール土浦(土浦市民会館)	土浦市東真鍋町2-6
6月 5日(木) 100名	カシマススポーツセンター	鹿嶋市神向寺23-2
6月12日(木) 100名	クラフトシビックホール土浦(土浦市民会館)	土浦市東真鍋町2-6
6月12日(木) 100名	常陸大宮市文化センター	常陸大宮市中富町3135-6
6月26日(木) 200名	守谷市文化会館	守谷市久保ヶ丘1-19-2
6月29日(日) 100名	スペースU古河	古河市長谷町38-18
7月 3日(木) 200名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月 6日(日) 200名	ザ・ヒロサワ・シティ体育館(下館総合体育館)	筑西市上平塚627
7月10日(木) 100名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月13日(日) 250名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月17日(木) 100名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月24日(木) 150名	つくば研究支援センター	つくば市千現2-1-6
8月 7日(木) 100名	大昭ホール龍ヶ崎(龍ヶ崎市文化会館)	龍ヶ崎馴馬町2612
12月14日(日) 200名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489

2. 申込方法 郵送のみの申し込みで、電話・ファックスでの申し込みはできません。

申込みは同封の「申込1」を茨城県メディカルセンターに直接郵送してください

○茨城県メディカルセンター 〒310-8581 水戸市笠原町489 TEL029-243-1113

3. 申込締切

各検査日の2週間前消印まで(但し締切り前でも予定人員になり次第締切ります。)

4. 一部負担金 組合加入の被保険者 4,000円

組合未加入の方 選択した検査項目により金額が変わります。詳しくは上記茨城県メディカルセンターへお問い合わせください。

注 意 事 項

- 会場の都合及び申込み多数のため、指定された受付時間をお願い致します。
- 特定健康診査(40歳以上の方)も同日、同会場で実施となります。
予約の際、申込書は歯科医院で一括してお送りください。
回数に分けると受付時間が離れる可能性があります。
- 一部負担金は、後日歯科医院へ請求となります。
- 令和7年度は、上記の期日以外の追加日程(2回目)の予定はありません。

案内 2

特定健康診査

令和8年3月31日時点で、年齢が40歳以上74歳以下の方

1. 期日及び実施場所

期 日	健診場所	所 在 地
5月11日(日) 150名	ホリゾンかみね	日立市宮田町3381
5月18日(日) 100名	市民ホールつくばね	つくば市北条5060
5月25日(日) 150名	クラフトシビックホール土浦(土浦市民会館)	土浦市東真鍋町2-6
6月 5日(木) 100名	カシマススポーツセンター	鹿嶋市神向寺23-2
6月12日(木) 100名	クラフトシビックホール土浦(土浦市民会館)	土浦市東真鍋町2-6
6月12日(木) 100名	常陸大宮市文化センター	常陸大宮市中富町3135-6
6月26日(木) 200名	守谷市文化会館	守谷市久保ヶ丘1-19-2
6月29日(日) 100名	スペースU古河	古河市長谷町38-18
7月 3日(木) 200名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月 6日(日) 200名	ザ・ヒロサワ・シティ体育館(下館総合体育館)	筑西市上平塚627
7月10日(木) 100名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月13日(日) 250名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月17日(木) 100名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489
7月24日(木) 150名	つくば研究支援センター	つくば市千現2-1-6
8月 7日(木) 100名	大昭ホール龍ヶ崎(龍ヶ崎市文化会館)	龍ヶ崎馴馬町2612
12月14日(日) 200名	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489

2. 申込方法 郵送のみの申し込みで、電話・ファックスでの申し込みはできません

申込みは同封の「申込2」を茨城県メディカルセンターに直接郵送してください

○茨城県メディカルセンター 〒310-8581 水戸市笠原町489 TEL029-243-1113

3. 申込締切

各検査日の2週間前消印まで(但し締切り前でも予定人員になり次第締切ります。)

4. 一部負担金 なし

注 意 事 項

- 会場の都合及び申込み多数のため、指定された受付時間をお願い致します。
- 簡易ドック(39歳以下の方)も同日、同会場で実施となります。
予約の際、申込書は歯科医院で一括してお送りください。
数回に分けると、受付時間が離れる可能性があります。
- 人間ドック補助との併用はできません。
- 令和7年度は、上記の期日以外の追加日程(2回目)の予定はありません。

令和8年3月31日時点で、年齢が40歳以上74歳以下の方
自己負担金額について、裏面をご確認ください。

1, 実施場所及び連絡先（先着950名）

	医 療 機 関 名	住 所	電 話 番 号
1	水府病院	水戸市赤塚1-1	029-309-5000
2	土浦協同病院	土浦市おおつ野4-1-1	029-846-3731
3	古河赤十字病院	古河市下山町1150	0280-23-7070
4	日立メディカルセンター	日立市幸町1-17-1	0294-33-5911
5	茨城県メディカルセンター	水戸市笠原町489	029-243-1111
6	日立総合健診センター	日立市城南町2-1-1	0294-23-3971
7	東関東クリニック	水戸市白梅3-4-8	029-221-1200
8	つくば総合健診センター	つくば市天久保1-2	029-856-3500
9	霞ヶ浦成人病研究事業団健診センター	稲敷郡阿見町中央3-20-1	029-887-4563
10	取手北相馬医師会病院	取手市野々井1926	0297-71-9500
11	龍ヶ崎済生会病院	龍ヶ崎市中里1-1	0297-63-7178
12	小山記念病院	鹿嶋市厨5-1-2	0299-85-1111
13	県北医療センター高萩協同病院	高萩市大字上手綱上ヶ穂町1006-9	0293-23-1122
14	JAとりで総合医療センター	取手市本郷2-1-1	0297-74-0622
15	茨城西南医療センター病院	猿島郡境町2190	0280-87-6635
16	牛久愛和総合病院 総合健診センター	牛久市猪子町896	029-873-4334
17	城西病院 城西総合健診センター	結城市大字結城10745-24	0296-33-0115

2, 実 施 期 間 令和7年4月1日から令和8年3月31日迄（先着950名）

3, 申 込 方 法 各自で契約医療機関へ電話で申し込みをし、**検査日が確定次第組合へ「申込3」を送付する。**（検査日の1カ月前までにはお送り下さい。）



予約する際、医療機関に歯科医師国保の被保険者であることをお伝えください。

検査日が近くなりましたら、組合より受診券（セット券）を送付致します。
検査についての書類等は医療機関より送付されます。

4, 申 込 締 切

令和8年2月28日（土）消印まで（但し締切り前でも予定人員になり次第締切ります。）

注 意 事 項

- 検査日の変更およびキャンセルの場合は速やかに**組合迄**ご連絡ください。
- 受診する際、受付にて「資格確認書等」及び「受診券（セット券）」を提示してください。
- 特定健康診査・PET検診補助との併用はできません。

人 間 ド ッ ク

被保険者の種別により、自己負担金の額が異なります。
種別については、下記をご参照ください。

● 自己負担金額一覧

医 療 機 関 名		第一種組合員(家族)	第二種組合員(家族)
1	水府病院	8,000円	20,000円
2	土浦協同病院	5,800円	17,800円
3	古河赤十字病院	5,800円	17,800円
4	日立メディカルセンター	5,800円	17,800円
5	茨城県メディカルセンター	7,120円	19,120円
6	日立総合健診センター	6,900円	18,900円
7	東関東クリニック	6,900円	18,900円
8	つくば総合健診センター	8,220円	20,220円
9	霞ヶ浦成人病研究事業団健診センター	8,000円	20,000円
10	取手北相馬医師会病院	4,700円	16,700円
11	龍ヶ崎済生会病院	3,600円	15,600円
12	小山記念病院	4,700円	16,700円
13	県北医療センター高萩協同病院	5,800円	17,800円
14	J Aとりで総合医療センター	5,800円	17,800円
15	茨城西南医療センター病院	5,800円	17,800円
16	牛久愛和総合病院 総合健診センター	5,800円	17,800円
17	城西病院 城西総合健診センター	5,800円	17,800円

● 被保険者の種別

- 第1種組合員… 公益社団法人 茨城県歯科医師会の会員である歯科医師と、(家族) その家族。
- 第2種組合員… 第1種組合員が開設又は管理する診療所に勤務する従業員(家族) (歯科医師・技工士・衛生士・助手・事務等) と、その家族。

※ご不明な場合は組合事務局までお問合せください (TEL 029-252-2562)

令和8年3月31日時点で、年齢が40歳以上74歳以下の方

- 1, 補助対象者 茨歯国保組合の被保険者で40歳以上の方
(令和5年度・令和6年度に補助支給を受けていない方)
※ただし前年に異常な所見がみられた場合はその限りではない
- 2, 対象人数 100名
- 3, 実施場所 脳ドックを受診できる県内外の医療機関
- 4, 実施期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日迄
- 5, 補助金額 年1回 18,000円まで
- 6, 申請方法

同封の「申込4」を記入し、組合へお送りください



先に医療機関へ申込をされますと利用できない場合があります。
必ず組合へ申込書を提出してください。

組合から申込み受け付けの連絡を致します。その後各自で医療機関に直接お申し込みください。



(組合指定の医療機関はありません)

医療機関にて指示のあったものを持参し受診してください。



料金全額をお支払いの後、組合までご連絡ください。脳ドック補助金支給申請書をお送りします。



脳ドック補助金支給申請書を記入し、領収書(コピー不可)を添えて組合宛送付ください。
後日補助金をお振込致します。(領収書に脳ドックを受診したとわかる記載がない場合は、
明細書も添付してください。)

7, 申込締切

令和8年2月28日(土)消印まで(但し締切前でも予定人員になり次第締切ります)

補助金支給申請締切

令和8年3月31日(火)消印まで

注 意 事 項

- 検査費用が18,000円を超える場合は自己負担となります。
- また検査費用が18,000円に満たない場合は実費額の補助となります。
- 令和5年度・令和6年度に脳ドック補助の支給を受けた方は今年度は補助の対象外となります。

インフルエンザワクチン予防接種

- 1, 補助対象者 茨歯国保組合の被保険者で65歳未満の者
(65歳以上の方は、予防接種法により各市町村で実施・補助)
 - 2, 対象人数 1,700名
 - 3, 補助金額 年間一人当たり2,500円
(接種額が2,500円に満たない場合は実費額の補助となります。)
 - 4, 締切期日 **令和8年2月28日(土)**
(ワクチン接種後に申請をして頂きますが、先着1,700名になり次第締切となりますので早めに申請ください。なお、締切後の申請は補助の対象となりませんので、予めご承知おき願います。)
 - 5, 申込み方法及び申請方法
 - ① 各自で医療機関に申し込み接種を受けてください。(組合指定の病院はありません) 新型インフルエンザ及び季節性インフルエンザ共に対象となり、年度を通してご利用いただけます。
 - ② 申請する際は、**ワクチン接種を受けたことがわかる領収書**が必要となります。(ワクチン購入の領収書は補助の対象になりません。) 支払いの際に医療機関窓口に出してください。(領収書コピー不可)
 - ③ 別紙「**申込5**」に記入の上、**領収書を添付し歯科医院で一括して茨歯国保組合あてにお送りください**。数回に分けて請求されますと間違いの原因となりますので、必ず一括してご請求願います。(申請用紙がたりない時はコピー願います。)
 - ④ 第2種組合員の方は、補助金を振込む関係上、**必ず勤務されている歯科医院を通して**申請下さい。
- ※ 注意事項 ワクチン接種は医師の指示に従い必ず注意事項を守るよう願います。
補助金の振込については、令和8年3月下旬を予定しております。
- 申 請 先 〒310-0911 水戸市見和2丁目292番地 (TEL 029-252-2562)

1, 実施期日及び場所

期日（婦人科検診のみ）	検診場所（受付時間の指定は出来ません）
9月 7日（日） 約85名 10月 5日（日） 約85名 10月 26日（日） 約85名 11月 9日（日） 約85名 11月 30日（日） 約85名	茨城県メディカルセンター 婦人科のみの検診 一部負担金 3,000円 当日窓口で徴収します ※当日オプションによっては追加料金が発生する場合があります
9月～3月の月曜日～金曜日 各週約16名 ※祝日・振替休日は除く ※実施は午後のみ	つくば総合健診センター 婦人科のみの検診 一部負担金 3,000円 当日窓口で徴収します ※当日オプションによっては追加料金が発生する場合があります

2, 申 込 方 法 郵送・QRコード（つくば総合健診センターのみ）
（電話・ファックスでの申し込みはできません）

*申込みは同封の「申込6」を検査機関に直接郵送していただきます。（組合事務局ではありません）

－ 送 付 先 －
◎茨城県メディカルセンター 〒310-8581 水戸市笠原町489
◎つくば総合健診センター 〒305-0005 つくば市天久保1-2

3, 申 込 締 切 各検査日の2週間前消印まで
（但し締切り前でも予定人員になり次第締切ります。）

4, 検 査 項 目 ○子宮癌検査 ○乳癌検査

5, 検 査 所 要 時 間 約50分

注 意 事 項

- 会場の都合及び申込み多数のため指定された受付時間でお願ひ致します。
- 必ず申込書を郵送で検査機関までお申込みください。
- 服装はなるべくズボンは避けてください。
- 婦人科検診（子宮癌検診について）は細胞を採取して検査を行います。
検査の際に出血する場合がありますので、ご心配の方は茨城県メディカルセンター
（TEL029-243-1113）又はつくば総合健診センター（TEL029-856-3500）に問い合わせの上
お申込みください。

必 読 毎年予定人数を超えるため、多くの方をお断りしております。
特別な理由がない限り、申込後のキャンセルはお控えください。

令和8年3月31日時点で、年齢が40歳以上74歳以下の方
※人間ドック補助との併用はできません

- 1, 補 助 対 象 者 茨歯国保組合の被保険者で40歳以上の方
- 2, 対 象 人 数 35名
- 3, 実 施 場 所 PET検診を受診できる県内外の医療機関
- 4, 実 施 期 間 令和7年4月1日から令和8年3月31日迄
- 5, 補 助 金 額 第1種組合員(家族) 54,000円まで
(年1回上限) 第2種組合員(家族) 42,000円まで
- 6, 申 請 方 法

同封の「申込7」を記入し、組合へお送りください



先に医療機関へ申込をされますと利用できない場合があります。
必ず組合へ申込書を提出してください。

組合から申込み受け付けの連絡を致します。その後各自で医療機関に直接お申し込みください。



(組合指定の医療機関はありません)

医療機関にて指示のあったものを持参し受診してください。



料金全額をお支払いの後、組合までご連絡ください。PET検診補助金支給申請書をお送りします。



PET検診補助金支給申請書を記入し、領収書(コピー不可)を添えて組合宛送付ください。
後日補助金をお振込致します。

7, 申 込 締 切

令和8年2月28日(土)消印まで(但し締切前でも予定人員になり次第締切ります)

補助金支給申請締切

令和8年3月31日(火)消印まで

注 意 事 項

- 検査費用が補助金額の上限を超える場合は自己負担となります。
- また検査費用が補助金額に満たない場合は実費額の補助となります。

令和8年3月31日時点で、年齢が40歳以上74歳以下の方

- 1, 補助対象者 茨歯国保組合の被保険者で40歳以上の方
- 2, 対象人数 50名
- 3, 実施場所 肺がん検診(肺CT検査)を受診できる県内外の医療機関
- 4, 実施期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日迄
- 5, 補助金額 年1回 6,000円まで
- 6, 申請方法

同封の「申込8」を記入し、組合へお送りください



先に医療機関へ申込をされますと利用できない場合があります。
必ず組合へ申込書を提出してください。

組合から申込み受け付けの連絡を致します。その後各自で医療機関に直接お申し込みください。



(組合指定の医療機関はありません)

医療機関にて指示のあったものを持参し受診してください。



全額をお支払いの後、組合までご連絡ください。肺がん検診補助金支給申請書をお送りします。



肺がん検診補助金支給申請書を記入し、領収書(コピー不可)を添えて組合宛送付ください。
後日補助金をお振込致します。

7, 申 込 締 切

令和8年2月28日(土)消印まで(但し締切前でも予定人員になり次第締切ります)

補助金支給申請締切

令和8年3月31日(火)消印まで

注 意 事 項

- 検査費用が補助金額の上限を超える場合は自己負担となります。
- また検査費用が補助金額に満たない場合は実費額の補助となります。

特 定 健 康 保 健 指 導

令和8年3月31日時点で、年齢が40歳以上74歳以下の方

- 1, 対 象 者 特定健康診査及び人間ドックの検査結果により、メタボリック症候群及び予備軍と判定された方
- 2, 一 部 負 担 金 なし
- 3, 実 施 方 法

該当者に組合より受診券（セット券）又は利用券が届きます

郵便番号と住所、氏名をご確認ください。（住所は診療所の住所が記載されております。）

保健指導を受ける医療機関に予約する ※

特定健診で受診した

茨城県メディカルセンター、又は
組合の契約医療機関に予約する

人間ドックで受診した

人間ドックを受診した医療機関に予約する

保健指導 当日

当日は「受診券（セット券）又は特定保険指導利用券」・「資格確認書等」を忘れずに持参し、保健指導実施医療機関窓口へ提出してください。

保健指導の内容

保健指導レベルにより実施内容が異なりますので、各自でご確認下さい。

動機づけ支援の方

メタボリックシンドロームのリスクが出現しはじめた方が対象です。

生活習慣の改善点に気づき、目標を設定し行動できるような支援を行います。原則1回の保健指導を行います。

積極的支援の方

メタボリックシンドロームのリスクが重なっている方が対象です。

健診判定の改善に向けた実践できる目標を選択。継続的に実行できるような支援を3～6ヵ月間、継続的に行います。

※ 予約方法や指導内容等の詳細は、受診券(セット券)又は利用券発送時に添書を同封いたします。

申 込 書

- 申込1 簡易ドック利用申込書
- 申込2 特定健康診査利用申込書
- 申込3 人間ドック利用申込書
- 申込4 脳ドック利用申込書
- 申込5 インフルエンザワクチン
予防接種補助金申請書
- 申込6 婦人科検診利用申込書
- 申込7 PET検診利用申込書
- 申込8 肺がん検診利用申込書

申込 1

簡易ドック利用申込書

希望受診日及び場所	年 月 日 場所 ()
-----------	--------------

被保険者番号	受診者氏名	性別	生 年 月 日	追加健診 1つ 選択
1	茨歯 フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
2	茨歯 フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
3	茨歯 フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
4	茨歯 フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
5	茨歯 フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
6	茨歯 フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
7	茨歯 フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査

年 月 日

診療所住所 〒 住所

歯科医院名

電話番号 FAX番号

- ※ 申込みは下記の検査機関へ直接郵送してください。
- ※ 追加健診にがない場合は、通常の検査のみ実施いたします。
- ※ 被保険者番号は必ず記入してください。未加入の方は「未加入」、加入手続き中の方は「申請中」と記入してください。
- ※ 受診希望場所が異なる場合、または受診者欄が一杯になった場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。

送付先
茨城県メディカルセンター 〒310-8581 水戸市笠原町489

必 読
茨歯国保組合は原則的に、第三者に個人情報を提供するものではありませんが、この検診事業は、保健事業の一環として実施するもので、個人データを各契約機関との間で共用し、医療保険者等への報告以外には使用いたしませんので、申込みをされた場合は同意頂けたものとして取り扱いをさせていただきます。

申 込 2

特 定 健 康 診 査 利 用 申 込 書

希望受診日及び場所

年 月 日 場所 ()

被保険者番号		受診者氏名	性別	生 年 月 日	追加健診 1つ 選択
1	茨歯	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
2	茨歯	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
3	茨歯	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
4	茨歯	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
5	茨歯	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
6	茨歯	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査
7	茨歯	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝炎検査 <input type="checkbox"/> 大腸検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> 喀痰検査

年 月 日

診療所住所 〒
住所

歯科医院名

電話番号

F A X 番号

- ※ 申込みは下記の検査機関へ直接郵送してください。
- ※ 追加健診にがない場合は、通常の検査のみ実施いたします。
- ※ 被保険者番号は必ず記入してください。未加入の方は「未加入」、加入手続き中の方は「申請中」と記入してください。
- ※ 受診希望場所が異なる場合、または受診者欄が一杯になった場合は、お手数ですがコピーしてご記入ください。

送 付 先

茨城県メディカルセンター

〒310-8581

水戸市笠原町489

必
読

茨歯国保組合は原則的に、第三者に個人情報を提供するものではありませんが、この検診事業は、保健事業の一環として実施するもので、個人データを各契約機関との間で共用し、医療保険者等への報告以外には使用いたしませんので、申込みをされた場合は同意頂けたものとして取り扱いをさせていただきます。

申 込 3

※必ず予約をしてから組合へ送付して下さい。
※特定健康診査・PET検診補助との併用はできません。

人 間 ド ッ ク 利 用 申 込 書

検 査 日	予約した日を記入して下さい。 年 月 日	受診医療機関
-------	-------------------------	--------

被保険者番号	茨 歯			
利用者氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日

年 月 日

組合員住所

歯科医院名

氏 名

電 話 番 号

----- いずれかに☑をつけてください -----

- 人間ドックのみを受診する

この用紙のみ組合宛送付してください。

- 脳ドックを同日受診する予定である

併せて「申込4」を組合宛送付してください。

(同日受診可能な医療機関) 県内11カ所

霞ヶ浦健診センター、古河赤十字病院、日立総合健診センター、つくば総合健診センター、
取手北相馬健診センター、水府病院、龍ヶ崎済生会病院、小山記念病院、高萩協同病院
JAとりで総合医療センター、茨城西南医療センター病院

- 婦人科検診を同日受診する予定である

この用紙のみ組合宛送付してください。

(同日受診可能な医療機関) 県内3カ所

茨城県メディカルセンター、つくば総合健診センター、霞ヶ浦成人病研究事業団健診センター

茨城県歯科医師国民健康保険組合

理事長 横田 一郎 行

- * 申込みは組合事務局へ郵送してください。
- * ご家族の方が申し込まれる場合はコピーをしてください。

送 付 先 茨城県歯科医師国民健康保険組合事務局

〒310-0911 水戸市見和2-292

必
読

茨歯国保組合は原則的に、第三者に個人情報を提供するものではありませんが、この検診事業は、保健事業の一環として実施するもので、個人データを各契約機関との間で共用し、医療保険者等への報告以外には使用いたしませんので、申込みをされた場合は同意頂けたものとして取り扱いをさせていただきます。

申 込 4

脳ドック利用申込書					
被保険者番号		茨 歯			
利用者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
年 月 日					
組合員住所					
歯科医院名					
氏 名					
電 話 番 号					
(市外局番もご記入ください)					
茨城県歯科医師国民健康保険組合					
理 事 長 横 田 一 郎 行					

- * 申込みは組合事務局へ郵送してください。
- * 被保険者番号は必ず記入してください。記載がない場合は被保険者の確認ができませんので、忘れずに記入してください。
- * ご家族の方が申し込まれる場合はコピーをしてください。

送 付 先 茨城県歯科医師国民健康保険組合事務局
〒310-0911 水戸市見和2-292

必
読

茨歯国保組合は原則的に、第三者に個人情報を提供するものではありませんが、この検診事業は、保健事業の一環として実施するもので、個人データを各契約機関との間で共用し、医療保険者等への報告以外には使用いたしませんので、申込みをされた場合は同意頂けたものとして取り扱いをさせていただきます。

申 込 5

インフルエンザワクチン予防接種補助金申請書

※太線枠内にご記入ください。

被保険者証		被保険者氏名	接種日及び費用額		補助金額 組合記入欄
記号	番号		接種年月日	費用額	
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
茨歯			年 月 日	円	円
申 請 額			円	補助金合計	円

添付書類	領収書（ワクチン接種とわかるもの）
補助金振込方法	国保保険料引去り口座

上記のとおり申請致します。

年 月 日

申請者（第1種組合員） 住所

氏 名 印

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

----- 茨歯国保組合使用欄 -----

決 裁		理事長	副理事長	常務理事	担当理事	事務長	担当者
支給額	円						
決定年月日	年 月 日						
支給年月日	年 月 日						

申 込 7

※人間ドック補助との併用はできません。

P E T 検 診 利 用 申 込 書

被保険者番号

茨 歯

利用者氏名

性別

男・女

生年月日

年 月 日

年 月 日

組合員住所

歯科医院名

氏 名

電 話 番 号

(市外局番もご記入ください)

茨城県歯科医師国民健康保険組合

理 事 長 横 田 一 郎 行

- * 申込みは組合事務局へ郵送してください。
- * 被保険者番号は必ず記入してください。記載がない場合は被保険者の確認ができませんので、忘れずに記入してください。
- * ご家族の方が申し込まれる場合はコピーをしてください。

送 付 先 茨城県歯科医師国民健康保険組合事務局
〒310-0911 水戸市見和2-292

必
読

茨歯国保組合は原則的に、第三者に個人情報を提供するものではありませんが、この検診事業は、保健事業の一環として実施するもので、個人データを各契約機関との間で共用し、医療保険者等への報告以外には使用いたしませんので、申込みをされた場合は同意頂けたものとして取り扱いをさせていただきます。

