

**健康保険組合連合会神奈川県連合会歯科健診
実施要領**

令和7年4月

公益社団法人 神奈川県歯科医師会
健康保険組合連合会神奈川県連合会

健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実施要領

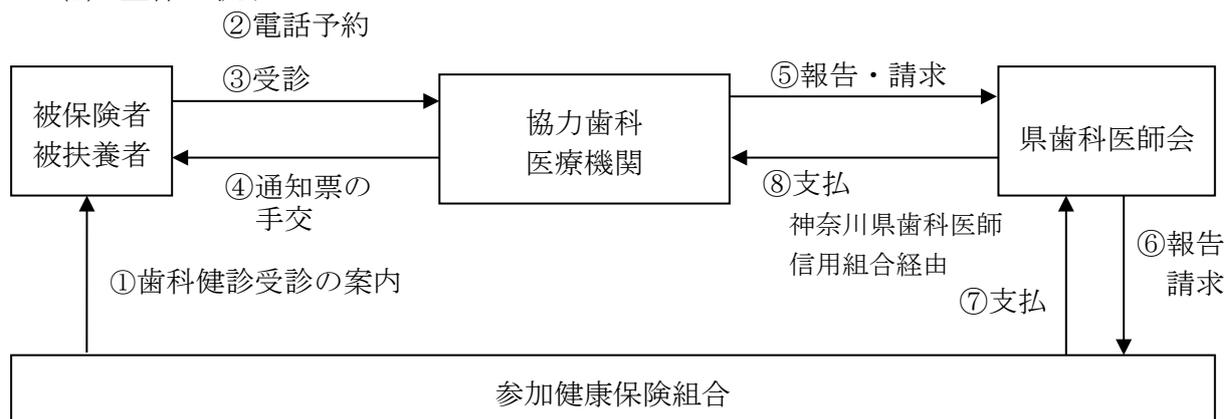
- 1 目的 被保険者及び被扶養者の健康保持増進のために、歯科疾患の早期発見、早期治療及び疾病予防を目的に歯科健診を実施する。
- 2 対象者 健康保険組合連合会神奈川連合会会員及び他の連合会会員でこの歯科健診の利用を希望する健康保険組合（以下「参加健康保険組合という。」）の被保険者及び被扶養者。なお、東芝健康保険組合及び東洋アルミニウム健康保険組合については、被保険者のみとする。
- 3 実施期間 参加健康保険組合が指定した期間
（ただし、歯科医療機関の休診日は除く。）
- 4 歯科健診実施機関 公益社団法人 神奈川県歯科医師会（以下「県歯科医師会」という。）会員で、本歯科健診の実施に協力する歯科医療機関（以下「協力歯科医療機関」という。）。
- 5 診査項目
 - * 口腔診査
 - (1) 歯の状態
 - (2) 軟組織の状態
 - (3) 口腔乾燥の状態
 - (4) 歯肉の状態
 - (5) 口腔衛生の状態
 - (6) その他の所見
 - * 口腔衛生指導
 - (1) う蝕・歯周疾患の予防法
 - (2) ブラッシング指導
 - (3) 食事・生活指導など
- 6 歯科健診実施回数及び料金
 - (1) 実施回数：対象者1人につき、当該年度2回までとする。
なお、東芝、首都圏デジタル産業、横浜港運、しずおかフィナンシャルグループ、石油業、東洋アルミニウムについては、当該年度1回とする。
 - (2) 料 金：健診にかかる自己負担額は、無料とする。
歯科健診料 1件 3,800円＋消費税

※健診費用は協力歯科医療機関から県歯科医師会に報告、県歯科医師会は報告に基づき参加健康保険組合宛に請求し、参加健康保険組合は県歯科医師会へ支払う。
協力歯科医療機関への支払いは、県歯科医師会が行う。
なお、健診費用額に県歯科医師会の事務手数料は含まない。

※インボイス登録番号の有無により消費税を県歯科医師会で納税するか否かが異なるため健診費用の振込金額が変わる場合がある。

7 歯科健診手順及び歯科健診料の請求方法

(1) 全体の流れ



(2) 歯科健診手順 (※ [丸数字] は上記「(1)全体の流れ」の該当番号)

ア 歯科健診の予約

受診希望者は、協力歯科医療機関に電話等により予め「健保連神奈川連合会歯科健診で健診する」旨を伝えて予約をする。〔②〕

イ 歯科健診受診時の持ち物

受診希望者は、予約日に必ず
・『マイナ保険証等』を持参する。

ウ 歯科健診受診時の受付

(ア) 受診希望者は、協力歯科医療機関に「健保連神奈川連合会歯科健診で健診する」旨を伝え、持参した

・『マイナ保険証等』を提出する。〔③〕

(イ) 協力歯科医療機関は受診希望者から提出された

・『マイナ保険証等』により、本人確認を行う。〔③〕

(ウ) 協力歯科医療機関は、本人確認を行った後、受診希望者に協力歯科医療機関に備え付けの

・『問診票』(別紙1)

・『歯科健康診査票』(別紙2)

に必要事項を記入してもらい受付をする。〔③〕

※『問診票』(別紙1)並びに『歯科健康診査票』(別紙2)に未記入があった場合は健診前に記載してもらおう。

※『問診票』(別紙1)、『歯科健康診査票』(別紙2)は県歯科医師会への報告・請求時に添付することになるので、受診者には返却しない。

エ 歯科健診の実施

歯科健診の実施方法は『歯科健診の手順について』による。〔P.5 参照〕

オ 歯科健診結果

歯科健診結果として『歯科健康診査通知票』（別紙3）を協力歯科医療機関は受診者へ手渡す。〔④〕

なお、協力歯科医療機関が受診者に治療を勧める場合は、可能な限り歯科健診日とは別の日に再度『マイナ保険証等』を提出させ治療を受けさせる。

カ 歯科健診料の請求方法

<協力歯科医療機関⇒県歯科医師会>

協力歯科医療機関は歯科健診終了後、翌月 15 日までに県歯科医師会に歯科健診料を請求する。〔⑤〕

※15 日が土日祭日の場合は、その前日までに請求する。

※請求可能なのは、歯科健診を実施した日の翌月から 2 年以内のものとする。

【提出書類】

- ・『問診票』（別紙1）
- ・『歯科健康診査票』（別紙2）
- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙4）

<県歯科医師会⇒各参加健康保険組合>

県歯科医師会は、協力歯科医療機関から提出のあった

- ・『問診票』（別紙1）
- ・『歯科健康診査票』（別紙2）
- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙4）

を取りまとめ、『健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実績報告書（兼請求書）』（別紙5）を添え、各参加健康保険組合に提出する。なお、『問診票』（別紙1）、『歯科健康診査票』（別紙2）はデータ化し各参加健康保険組合に提出する。〔⑥〕

【提出書類】

- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙4）
- ・『健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実績報告書（兼請求書）』

【提出データ】

- ・『問診票の結果』
- ・『歯科健康診査票の結果』

<各健康保険組合⇒県歯科医師会>

各参加健康保険組合は県歯科医師会から提出された

- ・『問診票の結果』
- ・『歯科健康診査票の結果』

- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙 4）
- ・『健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実績報告書（兼請求書）』

を確認し、請求書を受け付けた月の翌月末日までに県歯科医師会に歯科健診料を支払う（末日が土日祭日の場合は、その前日まで）。〔⑦〕

＜県歯科医師会⇒協力歯科医療機関＞

県歯科医師会は、協力歯科医療機関へ翌々月末日までに歯科健診料を支払う。（末日が土日祭日の場合は、その前日まで）。〔⑧〕

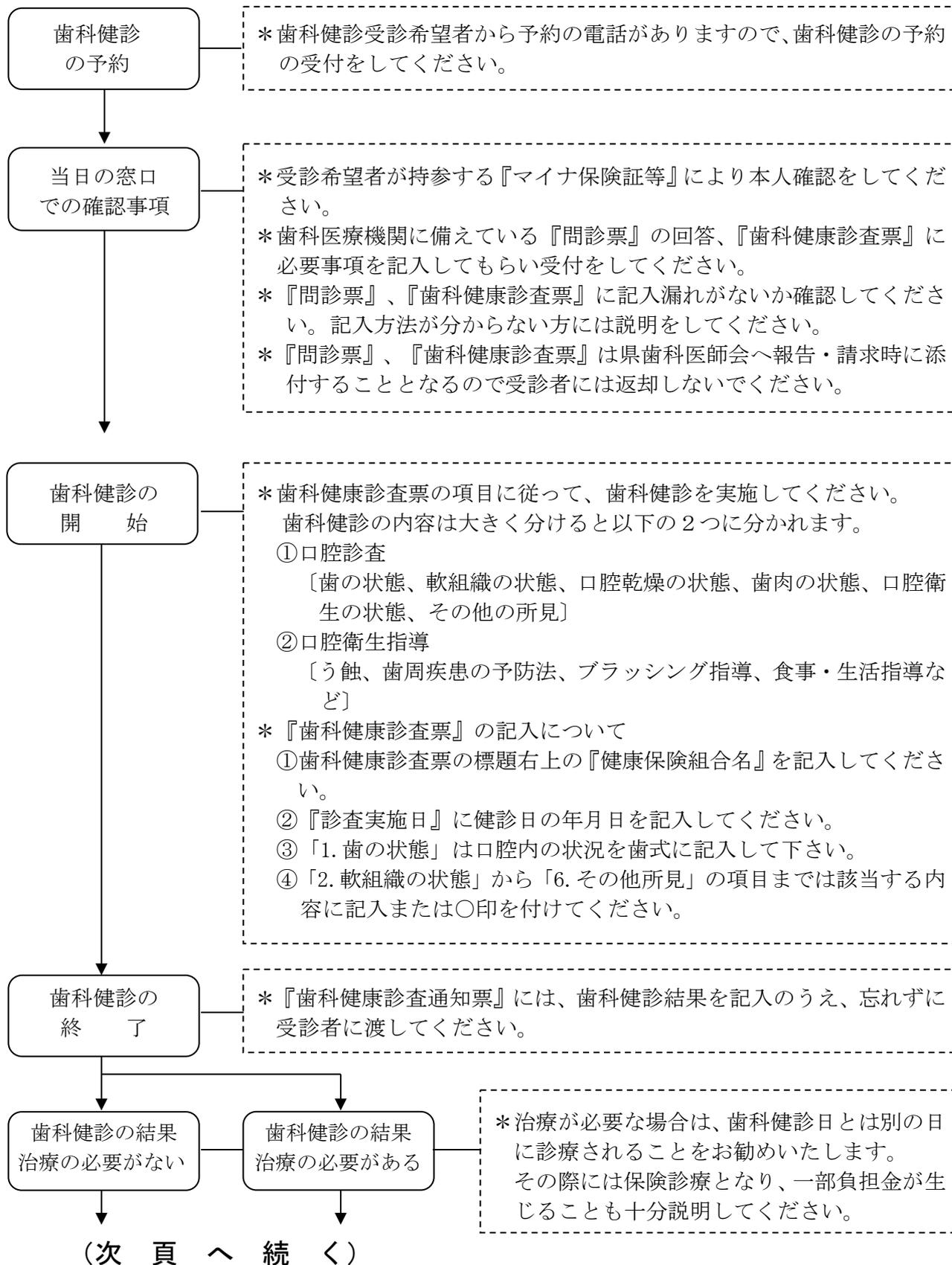
- 8 各種用紙
- ・『問診票』……………別紙 1
 - ・『歯科健康診査票』……………別紙 2
 - ・『歯科健康診査通知票』……………別紙 3
 - ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』…別紙 4
 - ・『健康保険組合連合会神奈川連合会
歯科健診実績報告書（兼請求書）』

※『問診票』（別紙 1）、『歯科健康診査票』（別紙 2）、歯科健康診査通知票（別紙 3）、歯科健診実施報告書兼一括請求書（別紙 4）がない協力歯科医療機関については、県歯科医師会健診担当者宛に送付を依頼する。

9. 留意事項

- (1) 本歯科健診には、歯科健診後の治療や精密検査は含まない。
- (2) 協力歯科医療機関は、健診した結果治療が必要と認められる受診者には、別に治療や精密検査が必要であることを受診者や家族に説明する。
- (3) 協力歯科医療機関は、歯科健診に引き続き治療や精密検査を行う場合は、トラブルの原因とならないように受診者や家族に対して理解できるように説明し、確実に了解を得たうえで行うこと。
なお、引き続き協力歯科医療機関において治療を行う場合は、歯科健診日には保険診療の治療等を実施せず、健診日以降に治療等を実施するなどして、誤解のないように行うこと。
- (4) 協力歯科医療機関において歯科健診に引き続き治療（保険診療）を行う場合は、初診料の算定ができないので留意する。

歯科健診の手順について



＝取り扱い上の留意事項＝

1. 歯科健診の方法について

- (1) 歯科健診受診希望者から協力歯科医療機関に電話等により、予め「健康保険組合連合会神奈川連合会で受診」する旨の連絡があるので、予約を受けてください。
- (2) 受診希望者が、受診日当日に『マイナ保険証等』を持参するので、備え付けの『問診票』並びに『歯科健康診査票』の太枠内を記入していただき、本人確認のうえ『歯科健康診査票』に基づき歯科健診を実施してください。
- (3) 歯科健診後に治療を行う場合は、再度『マイナ保険証等』を提出してもらってください。

注：①『問診票』及び『歯科健康診査票』の本人記入欄(太枠内)は、受診希望者又はご家族に必ず記入してもらってください。

②『問診票』、『歯科健康診査票』、『歯科健康診査通知票』は、各自1枚ずつ必要となります。

③歯科健診後、治療の必要がある場合は受診者や家族にその内容を十分説明したうえで、同院で引き続き治療を行う時は、保険診療となり一部負担金(自己負担)が生じることも併せて説明してください。治療を行う場合は、歯科健診日とは別の日を改めて予約し、診療を行うことが望ましいと思います。

2. 用紙類の取り扱いについて

- (1) 『歯科健康診査通知票』
用紙は歯科健診後、所要事項を記入して受診者へお渡しください。
- (2) 『問診票』、『歯科健康診査票』、『歯科健診実施報告書兼一括請求書』(3枚複写式)
歯科健診後、所要事項をご記入の上、歯科健診日の翌月15日までに神奈川県歯科医師会 健診担当者宛(〒231-0013 横浜市中区住吉町 6-68)までお送りください。
*①『歯科健康診査通知票』⇒受診者に手渡す
②『問診票』⇒神奈川県歯科医師会へ送付
③『歯科健康診査票』⇒神奈川県歯科医師会へ送付
④『歯科健診実施報告書兼一括請求書』(3枚複写式)
⇒「健康保険組合」用、「歯科医師会」用を神奈川県歯科医師会へ送付する。※「歯科健診医療機関」(控)は各協力歯科医療機関で保管す

る。

なお、『問診票』、『歯科健康診査票』の枚数は、一括請求書の記載人数と必ず一致するようご注意ください。

また、協力歯科医療機関に備え付けとなります『問診票』、『歯科健康診査票』、『歯科健康診査通知票』、『歯科健診実施報告書兼一括請求書』をお持ちでない場合は、神奈川県歯科医師会事務局までご連絡ください。

3. 保険取扱いについて

(1) 歯科健診後に治療の必要があり、引き続き保険診療を行った場合の保険請求については、歯科健診後1か月以内は初診料の算定が出来ません。この場合の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。

ただし、他院で歯科健診をされた場合は、この限りではありません。

(2) 歯科診療を行うに際し、保険診療から自由診療に移行する場合は、受診者に十分説明していただき受診者の理解を得てから診療されるようお願いいたします。

4. 歯科健診料の振込み口座について

本会では、事務の合理化を図るため、原則として協力歯科医療機関の先生方が開設されている神奈川県歯科医師信用組合の口座に歯科健診料をお振込みさせていただくこととなっておりますので、趣旨ご理解の上、ご了承いただきますようお願い申し上げます。

なお、神奈川県歯科医師信用組合に複数の口座を開設されている先生方につきましては、現在、歯科診療報酬が振り込まれている口座にお振込みをいたします。

5. 税法上の取扱いについて

歯科健診料の税務上の取扱いについては、事業所得の雑収入として扱ってください。

6. 問い合わせ先

ご不明の点は神奈川県歯科医師会 事務局 健診担当者宛 (TEL:045-681-2172) までお問い合わせください。

問 診 票

診査実施日 (西暦)	20 年 月 日	健康保険証番号	記 号			番 号		
受診者氏名		性別	男・女	生年月日		年 月 日		

【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口の渴きが気になる。
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、本歯科健診の円滑な運営のためのみに使用します。本事業を実施する神奈川県歯科医師会及び健康保険組合以外には一切提供することはありません。

歯 科 健 診
医 療 機 関 名

歯科健康診査票

別紙 2

健康保険組合

診査実施日 (西暦) 20 年 月 日

★太枠内は本人が記入してください

会社名				所属			
被保険者 氏名	健康保険証 記号番号	記号			番号		
受診者 氏名	性別	男・女		生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)		
住所	(〒 -)			電話番号	() -		

★以下の診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	
右				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				左
				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(○)	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 : 4 mm未満
1 : 4 mm以上 6 mm未満
2 : 6 mm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、本歯科健診の円滑な運営のためのみに使用しま
す。本事業を実施する神奈川県歯科医師会及び健康保
険組合以外には一切提供することはありません。

歯科健診医療機関名

歯科健康診査通知票

受診者氏名	様	診査実施日(西暦)	20 年 月 日
-------	---	-----------	----------

※該当する箇所には○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せんが、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

(西暦) 20 年 月 日

健康保険組合 殿

医療機関コード						
地域歯科医師会名						
歯科医療機関名						
住 所	〒 —					
氏 名						

歯科健診実施報告書兼一括請求書

健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診について、問診票、歯科健康診査票を添えて下記のとおり報告し、併せて歯科健診料を請求します。

記

1. 請求金額 _____ 円

<内 訳>

(単位：円)

受診人数 (A)	歯科健診単価 (B) 【3,800 円+消費税】	合計金額 (A×B)
人	円	円

※該当する欄に記入または○印を付けてください。

受診者氏名	健康保険証記号番号	本人	家族	治療の必要の有無			備考
				治療 必要無	当院で 治療	当院で 治療せず	

<提出先>

〒231-0013

横浜市中区住吉町 6-68

公益社団法人神奈川県歯科医師会

インボイス登録番号 T1020005002798