令和８年度

歯科健診のご案内

受診料の一部を助成します！

助成金　５００円　※定員になり次第、受付終了

対象者　当所会員事業所の事業主及び従業員 ※令和７年度会費完納
１事業所につき、**個人事業主は最大５人、法人事業所は最大１０人**まで

受　付　４月から受付開始（５～１２月に下記歯科医療機関で受診可能な方限定）

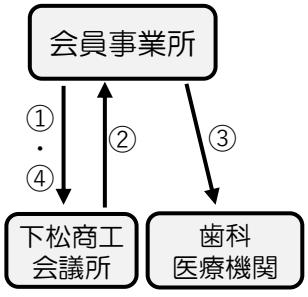
実施歯科医療機関		所在地	TEL（0833）
(1)	かねしげ歯科クリニック	東陽4-21-6	46-3131
(2)	きらら下松歯科医院	西柳1-2-48	45-0118
(3)	下松中央病院　歯科	古川町3-1-1	48-9927
(4)	諏訪歯科医院	中市1-10-32	41-0603
(5)	ぬのまき歯科クリニック	瑞穂町4-2-15	48-8841
(6)	花田歯科医院	栄町1-8-21	41-5050
(7)	原野歯科医院	西豊井645-2	41-6212
(8)	ふじもと歯科クリニック	琴平町2-7-28	48-7068
(9)	古川町武居歯科医院	古川町4-1-5	44-2323

検査内容・受診料

内　容 ※歯科健診のみとなります。治療は別となりますので、ご了承ください。	受診料（税込） ※消費税10%
・問診 ・現在歯、喪失歯の状況 ・歯周組織の状況（歯肉出血、歯周ポケット等） ・口腔清掃状態（歯垢、歯石） ・その他の所見（歯列、咬合、顎関節、口腔粘膜等）	３,０００円

お申込みの流れ

①裏面の「助成金申込書」により当所へ郵送またはFAXにてお申込みください。
②当所から「助成金申込受理通知書」「助成金申請書」「歯科健診受診票」を郵送。
③歯科医療機関へ歯科健診の予約をしてください。
④受診後、当所に電話連絡の上、「助成金申請書」「領収書の写し」「ご印鑑(認印可)」をご持参いただき、助成金のお支払いをいたします。



※お申込み後のキャンセルや受診者等の変更がある場合は当所までご連絡ください。
助成金に限りがございますので、お早めにお申込みください。

お問い合わせ・お申込先
下松商工会議所　TEL：0833-41-1070　FAX：0833-44-2022

送付先：下松商工会議所
〒744-0008　下松市新川2-1-38
FAX：0833-44-2022

申込日　令和8年　　月　　日

会員No	受付No

令和8年度　歯科健診助成金申込書 ※太枠の中をご記入ください

事業所名			担当者名	
所在地			TEL	（　　）　－
希望歯科医療機関	番号	名称	申込人数	人

※当所へ助成金申込後、受理通知書が届いてから、実施歯科に歯科健診の予約をしてください

No	フリガナ 氏　名	受診希望月 （5～12月）	No	フリガナ 氏　名	受診希望月 （5～12月）
1		月	6		月
2		月	7		月
3		月	8		月
4		月	9		月
5		月	10		月

※本申込書にご記入いただいた情報は、歯科健診書類作成以外一切利用いたしません

＜事務処理欄＞

専務理事	事務局長	課長	担当者

合計金額
円