

2025年度 歯科検診のご案内（東北）

富士通健康保険組合

- ・2025年4月1日時点25歳、30歳、35歳 /2025年度内に40歳、45歳、50歳、55歳、60歳となる社員
- ・年度内1回のみ（無料）

予防歯科セミナー アーカイブ

※ぜひご視聴ください

- テーマ：「人生100年時代の口腔ケアとは？～歯だけでなく口の機能も重要です～」
「噛む」「飲み込む」といった口腔の機能が健康寿命を大きく左右することをご存じですか？
口腔の機能の衰えやその予防などについてご講演いただきました。
- 講師：東京科学大学大学院 地域・福祉口腔機能管理学分野教授 松尾 浩一郎先生
- 視聴：PC版ヘルスアップF@mily →ヘルスナレッジ

〔歯科検診の流れ〕

① 歯科医院を選択

伊藤矯正歯科クリニック	： 仙台市青葉区上杉1-7-25	[022-213-8541]
くみ野さいとう歯科医院	： 仙台市青葉区国見4-2-1	[022-276-2525]
グリーンヒルズ・デンタルクリニック	： 登米市中田町石森加賀野2-28-5	[022-044-4611]

② 電話予約

歯科医院へ直接電話をして予約をお取りください。
※予約時に「富士通グループ社員の歯科検診の予約」であることをお伝えください。

③ 歯科検診

〔持ち物〕	〔内容〕
・歯科検診依頼書（山梨地区）	①口腔内チェック
・健康保険の資格情報（保険証情報）が確認できるもの	②歯周ポケット測定
	③ブラッシング指導

〔富士通健保契約歯科医院について〕



オーラルフィジシャンをご存じでしょうか？
歯を削って詰める治療を主体とするのではなく、むし歯や歯周病の原因やリスクを調べ、発症させないようお口の健康を管理していく歯科医師のことです。
予防歯科の権威、山形県酒田市の日吉歯科診療所 熊谷崇先生が考案されたオーラルフィジシャン育成セミナー及び研修を経て診療に取り組まれています。
富士通健康保険組合ではその取り組みに賛同し、歯科検診機関として契約し、社員のみならず皆さまのお口の健康につなげていきたいと考えています。

〔その他〕

- ・上記契約歯科医院での受診が難しい場合は、かかりつけ医などで歯科検診をし補助金請求することもできます。
制度詳細は、[富士通健保ホームページ](#)をご覧ください。

お問い合わせ

健診コンタクトセンター 0120-373-155

〔メール〕 blp-kenshin@dl.jp.fujitsu.com

〔受付〕 10：00～18：00（土日・祝日除く）

※富士通健保組合の健診業務は、富士通(株)100%出資のグループ会社である(株)ベストライフ・プロモーションに委託しています。

受診資格区分：被保険者本人のみ

◇年齢条件 2025年4月1日時点で

25歳（1999年4月2日～2000年4月1日生まれ）

30歳（1994年4月2日～1995年4月1日生まれ）

35歳（1989年4月2日～1990年4月1日生まれ）

◇年齢条件 2026年3月31日時点で

40歳（1985年4月1日～1986年3月31日生まれ）

45歳（1980年4月1日～1981年3月31日生まれ）

50歳（1975年4月1日～1976年3月31日生まれ）

55歳（1970年4月1日～1971年3月31日生まれ）

60歳（1965年4月1日～1966年3月31日生まれ）

歯科検診 依頼書（東北）

歯科検診の流れ

① 歯科医院を選択	<input type="checkbox"/> 伊藤矯正歯科クリニック <input type="checkbox"/> くみに野さいとう歯科医院 <input type="checkbox"/> グリーンヒルズ・デンタルクリニック [TEL :022-213-8541] [TEL :022-276-2525] [TEL :022-044-4611]
② 電話予約	歯科医院へ直接電話で予約をお取りください。 ※予約時に「富士通グループ従業員の歯科検診の予約」であること、代行機関は「ベストライフ・プロモーション」であることをお伝えください。
③ 歯科検診を受診	持ち物 ・歯科検診依頼書（本紙） ・健康保険の資格情報（保険証情報）が確認できるもの ※2025年度の指定医院での受診期限は、2026年3月31日までとなります。 ※万一受診できなくなった場合には、必ず歯科医院に連絡を入れてください。

■ 検査項目を追加する場合のご注意

費用負担なしで受診できる検査は契約検診項目のみとなります。その他の検査を追加して実施する場合は受診者負担となります。また、治療が発生した場合には保険適用(3割負担)で実施願います。

受診者記入欄 記入後、受診当日に歯科医院にご提出ください

記入日		受診日			
(西暦)	年 月 日	(西暦)	年 月 日		
受診者	会社名		従業員番号		
	氏名		生年月日		
	(ふりがな)	(西暦)	年 月 日		

■ 歯科医院様へ

- ・契約検診項目については受診者の費用負担はありません。
- ・①請求書 ②歯科検診依頼書(本紙)をベストライフ・プロモーションへお送りください。
- ・検診結果はご本人に直接説明し、結果データは請求書と一緒にベストライフ・プロモーションへお送りください。

お問い合わせ：健診コンタクトセンター TEL: 0120-373-155（無料）

受付時間：10:00～18:00（土日祝除く）