

各 所 属 長 殿

地方職員共済組合奈良県支部事務長

令和6年度地方職員共済組合奈良県支部歯周疾患検診の実施について

地方職員共済組合奈良県支部では保健事業の一環として、別添「地方職員共済組合奈良県支部歯周疾患検診費用助成事業実施要領」に基づき、組合員を対象に歯周疾患検診を実施しますので、貴所属組合員に周知いただきますようお願いいたします。

記

1. 対象者 地方職員共済組合奈良県支部の組合員
2. 検診期間 受診券配布後から令和7年3月31日（月）まで
3. 実施歯科医療機関 別添「R6年度受入診療機関名簿」  
リストに掲載されている歯科医療機関のみ助成の対象となりますので、必ず確認してください。
4. 受診券の配布期間 令和6年6月4日（火）から令和7年2月28日（金）まで
5. 検診及び検診費用請求方法
  - ①「e 古都なら」により、共済組合に受診申込を行ってください。
    - 交流ネットから申し込む場合（LG ネットワーク）  
[http://e-tumo.bizplat.asp.lgwan.jp/pref-nara-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=35827](http://e-tumo.bizplat.asp.lgwan.jp/pref-nara-u/offer/offerList_detail?tempSeq=35827)
    - インターネット・スマートフォン等、交流ネット以外で申し込む場合  
[https://apply.e-tumo.jp/pref-nara-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=35821](https://apply.e-tumo.jp/pref-nara-u/offer/offerList_detail?tempSeq=35821)  
携帯端末の場合、下記の QR コードからお申込みいただけます。



- ②「e 古都なら」によるお申し込み確認後、毎月下旬の集中発送にて「受診券」（様式2）、

「受診票」（様式３）、「歯周疾患医療機関検診診断書（検診機関控え）」（様式４）、  
「歯周疾患医療機関検診診断書（共済組合控え）」（様式５）及び「歯周疾患医療機関検  
診診断書（本人用）」（様式６）を所属を通じて配布いたします。

（集中発送の時期までに受診を予定している方は、①の申込後に共済組合までご連絡く  
ださい。）

③上記３の「実施歯科医療機関一覧」のうち希望する歯科医療機関を選び、電話予約してく  
ださい。

④歯科医療機関で共済組合から配布を受けた「受診券」等すべての書類と組合員証を提出し、  
受診してください。検診終了後、歯科医療機関から検診結果に基づき説明及び指導を受け  
ていただきます。

⑤歯科医療機関で検診費用を支払い、「領収書」、「歯周疾患医療機関検診診断書（共済組  
合控え）」及び「歯周疾患医療機関検診診断書（本人用）」を受け取ります。

⑥共済組合へ「歯周疾患検診費用請求書」（様式７）、「歯周疾患医療機関検診診断書（共  
済組合控え）」及び「領収書」を請求期限までにご提出ください。後日、検診費用全額を  
組合員の振込口座に振り込みます。

## ６．サービスの取り扱い

職務専念義務免除の対象とはなりません。

## ７．検診費用 ４，４００円

## ８．検診費用の請求期限

令和７年４月４日（金）までに「歯周疾患検診費用請求書」、「歯周疾患医療機関検診診断  
書（共済組合控え）」及び「領収書」を共済組合へ提出してください。