

# 新規申込

FAX 099-272-5550

※受診票は歯科医師国保組合様よりお預かりしたデータと昨年受診された国保外の方を対象に作成しております。  
 お手元に受診票がない方はこちらの申込用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

申込院名			
歯科医師名			
送付先住所	(〒       -       )		
電話番号		健診予定日	月       日 (       )

氏名	カナ氏名	性別	生年月日	年度末年齢	保険証種類	保険証番号	備考欄
(例) 健康 花子	カノ ハナ	女	S58・10・17	37	歯科医師国保本人/ <u>歯科医師国保被扶養者</u> / 歯科医師国保以外	1001	
(例) 健康 花美	カノ ハミ	女	S38・5・19	57	歯科医師国保本人/ <u>歯科医師国保被扶養者</u> / <u>歯科医師国保以外</u>	歯科医師国保以外の方は必要ありません	
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		
					歯科医師国保本人/ 歯科医師国保被扶養者/ 歯科医師国保以外		

受診票作成・発送の関係上、上記ご本人様が受診される2週間前までにFAXにて送信下さい。作成～お届けまで数日お時間を頂戴いたします事をご了承ください。

**※それ以降でのお申込は、健診当日に会場にて受診票をお渡しさせていただきます。**