歯科健康診査申込書

	受付番号(共済組合使用欄)
所 属 所 名 (市町村等)	所属所コード 組合員証番号(右詰め記入) 1 2 3 4 5 6 7
組合員氏名	共済 太郎 生年月日 S・H 〇年 〇月 〇日 性別
受診者氏名	共済 花子 生年月日 S・H 〇年 〇月 〇日 性別 男・安
医療機関の	○○歯科医院
名称及び所在地	〇 〇 市 〇 〇 1 - 2 - 3
健 診 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
上記により歯科健康診査を受けたいので申し込みます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	住所 〒330-0064 さいたま市浦和区岸町7丁目5番14号 申込者(組合員) 氏名 共済 太郎
上記により申込書の提出があったので送付します。	
令和 ○ 年(○ 月 ○ 日
	所属所長 ○ ○ 市長 埼 玉 一 郎

⁽注) この申込書は、一般社団法人埼玉県歯科医師会会員の医療機関において歯科健康診査を受診する場合のみ 提出してください。