

協会けんぽ青森支部 行

事業所 所在地 〒

名 称

代表者

## 注意事項

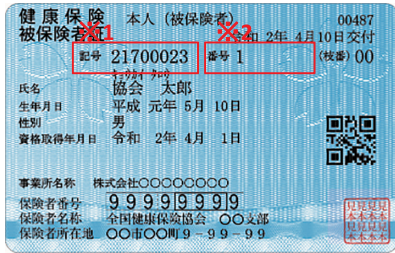
- (1)実施希望日の2週間前までにお申し込みください。
- (2)事業所内で受診希望者をとりまとめていただき、事業所単位で年度内に一度お申し込みください。  
(1つの事業所につき1つの歯科医院を「歯科医院一覧」より選択してください。県内に複数の営業所がある場合は地域ごとにお申し込みできます。)
- (3)健診結果は受診者自身の今後の健診・治療及び個人が識別されない方法での統計・調査研究にのみ利用します。

## 歯科健診申込書

保険証の記号			
健診実施場所 ※必須項目	受診を希望する歯科医院を一覧より選択して、「No、市町村、歯科医院名」をご記入ください。 ( NO _____ 市町村 _____ 歯科医院名 _____ )		
担当者連絡先 ※必須項目	部署・役職		担当者名
	電話		FAX
実施希望年月日 ※必須項目	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
健診希望人数 ※必須項目  特別な事情がない限り、申込人数の変更はできません。予めご了承ください。	協会けんぽ被保険者 (従業員ご本人)		名
	上記以外の方		名
	合 計		名
その他特記事項			

※裏面「受診者一覧」についてもご記入ください。

# 協会けんぽ 歯科健診事業 受診者一覧



提出日: 令和 年 月 日

保険証の記号※1

事業所名

No	保険証番号※2	お名前	性別	生年月日・年齢	受診者区分
1			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
2			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
3			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
4			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
5			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
6			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
7			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
8			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
9			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
10			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
11			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
12			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
13			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
14			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他
15			男・女	昭和・平成 年 月 日 ____ 歳	被保険者・その他