

歯科口腔健康診査受診券申請書

記入方法については、裏面をご確認ください。また、この申請書の写しを控えとして保管してください。

被保険者1	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□□□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	□□	□□	□□

被保険者2	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□□□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	□□	□□	□□

被保険者3	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□□□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	□□	□□	□□

被保険者4	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□□□□□	番号 □□□□□□□□	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	□□	□□	□□

事業所欄	事業所所在地	(〒 -)					
	事業所名称						
	電話番号	()		担当者氏名			

〈注意事項〉

- 令和5年度の歯科口腔健康診査は被保険者（ご本人）が対象です。年齢制限はありません。
- 歯科口腔健康診査は、令和6年2月29日までに受診を終えていただく必要があります。
- 歯科口腔健康診査を受診する際には、必ず受診券が必要となります。この用紙は「申請書」となりますので、協力歯科医院に持参いただいても歯科口腔健康診査は受診できません。
- 申請いただいた受診券は、事業所所在地宛送付いたします。
- 受診券の発行については、定員になり次第締め切りとさせていただきます。
- 歯科口腔健康診査の結果及び質問票の回答結果については個人が識別されない方法で全国健康保険協会千葉支部、一般社団法人千葉県歯科医師会、千葉県が共同で実施する統計・調査研究に限り使用されます。
- 5名以上の申請される場合は、この申請書をコピーしたものをご利用ください。

受付日付印

記入例

歯科口腔健康診査受診券申請書

1

被保険者 1	被保険者証の (左づめ)	記号 1 1 0 1 0 2 0 3	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4 8 0 5 2 4
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				

被保険者 2	被保険者証の (左づめ)	記号 1 1 0 1 0 2 0 3	番号 1 2 3 4 5 8	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 2 0 2 2 5
	氏名	(フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎				

被保険者 3	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名	(フリガナ)				

被保険者 4	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名	(フリガナ)				

2

事業所欄	事業所所在地	(〒 123 - 4567)			
	事業所名称	千葉県中央区〇〇1-1 〇〇株式会社			
	電話番号	0 4 3 (0 0 0) 0 0 0 0	担当者氏名	健康 次郎	

記入漏れや誤りが多いところ
(特にご注意ください)

1 被保険者の被保険者証に記載されている内容をご確認のうえご記入ください。



2 受診券は事業所所在地宛にまとめて送付いたします。