

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。申込後、無断でのキャンセルや申込人数の変更がないようお願いします。
- (2)事業所内で受診希望者をとりまとめたいただき、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。「その他特記事項」に健診実施場所が複数である理由を記入してください。)
- (3)受診時には、本人確認ができる書類をご持参くださいますようお願いいたします。
- (4)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

資格情報のお知らせ等に記載されている記号			
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 特段の事情がない限り、キャンセルや申込人数の変更はご遠慮ください。	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

資格情報のお知らせ

※1 記号 1234567

※2 番号 1 枝番 00

氏名 協会 太郎

生年月日 昭和40年10月1日

資格取得年月日 昭和60年10月1日

保険者番号 01020015

保険者名称 全国健康保険協会 青森支部

※1 提出日: 令和 年 月 日

※1 資格情報のお知らせ等に
記載されている記号

事業所名

No	資格情報の お知らせ等に 記載されている番号	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