

歯科口腔健康診査受診券申請書

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	健康保険の (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	健康保険の (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	健康保険の (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	健康保険の (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〉

- 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9年2月28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名以上の申請をされる場合は、この申請書をコピーしたものをご利用ください。

健康保険の
記号・番号の
確認方法

資格情報のお知らせまたは資格確認書

- をご確認のうえ、
本用紙をご記入ください
- 「枝番00」（被保険者）の方に限ります
 - 記号をご記入ください。
 - 番号をご記入ください。

資格情報のお知らせ		
記号 12345678	番号 1234567	枝番 00
氏名 佐藤 健	生年月日 昭和40年10月1日	資格取得年月日 昭和40年10月1日
保険者番号 01120013	保険者名称 全国健康保険協会 千葉支部	

受付日付印