

# ① 歯科健診申込書（事業所訪問タイプ）

必要事項をご記入のうえ、**FAXまたは郵送**にてお申し込みください。  
後日、ご担当者様へ実施日程等についてご連絡いたします。

全国健康保険協会山口支部 保健グループ 行

**FAX : 083-974-0534**

**R8.6.30  
必着**

事業所の名称		
健康保険の記号 (数字7~8桁)		
事業所所在地	〒	
電話番号		
ご担当者様の部署・氏名		
歯科健診受診予定人数	名 ※協会けんぽ山口支部加入の <b>被保険者</b> の方が対象。 <b>15~40名</b> の範囲でご記入ください。	
受診希望日	・スケジュール調整のため <b>1か月以上先の日付</b> をご記入ください。 ・歯科健診実施日は、 <b>日祝祭日を除く平日の午後</b> とさせていただきます。 あらかじめご了承ください。	
	第1希望日	令和 年 月 日 ( 曜日) 時間帯： <input type="checkbox"/> 午後 ( : ~ : )
	第2希望日	令和 年 月 日 ( 曜日) 時間帯： <input type="checkbox"/> 午後 ( : ~ : )
	第3希望日	令和 年 月 日 ( 曜日) 時間帯： <input type="checkbox"/> 午後 ( : ~ : )
	歯科健診 実施予定場所	<input type="checkbox"/> 上記事業所所在地
	※歯科医師、記録員、受診者が入室可能なスペース。	<input type="checkbox"/> 上記事業所所在地以外の場所（営業所等） ( )