② 歯科健診申込書（個人通院タイプ）

受診希望者の情報をご記入いただき、**FAXまたは郵送**にてお申し込みください。
後日、事業所ご担当者様へ対象者分の受診券をお送りします。
※受診券の有効期限は、お申込みの翌月1日から2か月間です。受診の時期にあわせてお申し込みください。

全国健康保険協会山口支部　保健グループ

FAX：**083－974－0534**

山口県歯科医師会ＨＰ

お申込み期間 R8.5.11 ～ R8.11.30

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	

保険証の番号	氏 名	生年月日	備考
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	
		S H 年 月 日	