

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ていただき、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)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

※1
記号 1234567

※2
番号 1

枝番 00

資格情報のお知らせ

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

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	※2 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