# ② 歯科健診申込書（個人受診タイプ）

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。
なお、「受診予定の歯科医院名」については、**受診可能な歯科医院（下記「山口県歯科医師会HPを参照※総合病院は不可**）を必ずご確認のうえご記入ください。

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

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | |
| 健康保険証の記号（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 | 受診予定の歯科医院名（受診可能な歯科医院を必ずご確認ください。） | 歯科医院の所在地 ＊○○市（町）まで ご記入ください |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 | | |