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		