

決裁欄	常務理事	事務長			決 裁 年 月 日	平成	年	月	日
					健診票交付年月日	平成	年	月	日

歯科健診申込書

平成 年 月 日 申請						
三岐しんきん健康保険組合 理事長 様						
下記のとおり申請します。						
被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号		被 保 険 者 の 氏 名	印	被 保 険 者 の 生 年 月 日	
	記号	番号			昭和 平成 年 月 日	
	事 業 所 名 称		事 業 所 名	信用金庫	所 属	本店 支店
						連絡先TEL () -
	被 保 険 者 の 住 所		〒 - TEL			
	受 診 希 望 者		① 氏 名	続柄	② 氏 名	続柄
③ 氏 名			続柄	④ 氏 名	続柄	
受診予定の歯科医院 (所在地にマルを)		岐阜県 ・ 三重県 ・ 愛知県				

注意事項

※歯科健診補助の対象は、岐阜・三重・愛知の各県歯科医師会の会員となっている歯科医院で健診を受けた場合です。