

歯科健診申込書

平成 年 月 日

組合員情報	組合員証号 記号番号	—	
	組合員氏名		

歯科健診希望者（組合員・被扶養者）

受診希望者	氏名		組合員との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
受診希望者	氏名		組合員との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
受診希望者	氏名		組合員との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
受診希望者	氏名		組合員との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
受診希望者	氏名		組合員との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	

※組合員との続柄の欄は、受診希望者が組合員の場合は、「本人」とご記入ください。

- ・健診は7月1日から翌年1月31日までに受診してください。（厳守）
- ・健診は組合員・被扶養者とも、年度ごとに1人1回を限度とします。
- ・資格喪失後（被扶養者の扶養取消しを含みます。）に健診を受けられた場合は、全額自己負担となります。

共済事務担当課に提出してください。