

平成 年 月 日

郵送またはファクシミリ用

歯科健診 申込票

(〒 -)		
住所 _____		
(電話 - -)		
氏 名	生 年 月 日	被保険者証番号
	T・S・H 年 月 日	医 国
	T・S・H 年 月 日	医 国
	T・S・H 年 月 日	医 国
	T・S・H 年 月 日	医 国
	T・S・H 年 月 日	医 国

※75歳以上の組合員、准組合員の方は、組合員証番号、准組合員証番号を被保険者証番号欄に記入してください。

『歯科健康診査票』（3点セット）は、申込者の最上段の方あてに送付します。

(あて先およびお問い合わせ先)

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町2丁目1番20号 (大阪府医師協同組合別館2階)

大阪府医師国民健康保険組合

電話 (06) 6761-8096 FAX (06) 6761-0596