

コピーしてご使用ください。

令和 年 月 日

郵送またはファクシミリ用

## 令和5年度 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)

〒542-0062 大阪市中央区上本町西3丁目1番7号 (大阪府医師協同組合南館7階)

**大阪府医師国民健康保険組合**

電話 (06) 6761-8096 FAX (06) 6761-0596

<http://osaka-ishikokuho.or.jp>