

承認 決議 欄	理事長	副理事長	常任理事	理事	事務長	課長	係長	担当

歯科健診申込書

令和 年 月 日

岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様

歯科健診の受診を希望したく、申したいします。

	氏名	記号番号	生年月日
1		— —	昭和・平成 年 月 日
2		— —	昭和・平成 年 月 日
3		— —	昭和・平成 年 月 日
4		— —	昭和・平成 年 月 日
5		— —	昭和・平成 年 月 日
(〒 —)			
健診票送付先住所			
所属医療機関名			
(電話 — —)			

医師国保まで郵送又はFAX (019-652-5589) でお申し込みください。

申込締切は8月31日となります。

医師国保から歯科健診票 (3枚複写) をお送りいたしますので、協力歯科医療機関へ歯科健診のご予約を取り受診ください。

(あて先・問い合わせ先) 岩手県医師国民健康保険組合
〒020-0024 岩手県盛岡市菜園 2-8-20
TEL 019-652-5587 FAX 019-652-5589