

大阪府食品国民健康保険組合

【歯科健康診査票】の申込み（FAX用）

記入例

FAX番号 06-6251-5428

送付先住所	【 自宅 ・店】（〒 542 - 0083） 大阪市中央区東心斎橋1-1-10
	店名（ ）
	電話 06（6251）-5211

1	受診される日	6 月 25 日（火）			
	受診される診療機関名	区市町村名	中央区	診療機関名	食国歯科医院
	被保険者番号	枝番	フリガナ	シヨクヒン タロウ	
			氏名	食品 太郎	
188010010000	01	生年月日	昭・平 62 年 11 月 25 日（37）歳		

2	受診される日	6 月 28 日（金）			
	受診される診療機関名	区市町村名	城東区	診療機関名	国保歯科医院
	被保険者番号	枝番	フリガナ	シヨクヒン ハナコ	
			氏名	食品 花子	
188010010000	02	生年月日	昭・平 63 年 12 月 22 日（36）歳		

3	受診される日	月 日（ ）			
	受診される診療機関名	区市町村名		診療機関名	
	被保険者番号	枝番	フリガナ		
			氏名		
		生年月日	昭・平 年 月 日（ ）歳		

4	受診される日	月 日（ ）			
	受診される診療機関名	区市町村名		診療機関名	
	被保険者番号	枝番	フリガナ		
			氏名		
		生年月日	昭・平 年 月 日（ ）歳		

※この申込み票の個人情報「歯科健康診査書類」郵送以外には使用しません。