三宅町国民健康保険歯周病検診申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  番　　　号 | 奈１８　　　－ | | 保険種別 | 国民健康保険　・　国民健康保険以外 |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 氏　　　名 |  | |
| 住　所 | 〒６３６－  三宅町大字 | | | |
| マンション・ハイツ名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　号室 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 歯科医院名 | 川 西 町 | □岡澤歯科医院　　□たつみ歯科医院　　□弓場歯科医院 | | |
| 田原本町 | □上田歯科医院　　□おかもと歯科医院　□かたおか歯科口腔外科  □木虎歯科　　　　□坂本歯科医院　　　□はつおか歯科  □松原歯科医院　　□安井歯科医院　　　□山本歯科医院  □福原歯科　　　　□ひめじま歯科 | | |
| 受診予定日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |

以上のとおり、「三宅町国民健康保険歯周病検診」を申し込みます。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診者氏名

※ 役場１階　保険医療課（②番窓口）までお申込みください。

※ 申込みの際には、受診する方の保険証をお持ちください。

※ 受診の際に必要な書類を発行しますので、受診を希望する医療機関へ予約してください。