

申込日	令和 7 年 月 日
-----	------------

歯科健診受診申込書

※ の項目は全てに正確に御記入ください。

公立学校共済組合愛知支部長 殿

下記のとおり申込みます。

所 属 所 名	
所属所コード	

結果通知を送付する所属所を記入してください。

記

申 込 者	フリガナ				
	組 合 員 氏 名				
	組 合 員 番 号				
生年月日		昭和 ・ 平成 (○で囲む)	年	月	日

組合員番号：8桁の番号

連絡先電話番号 (日中の連絡先)	-	-
---------------------	---	---

- (注) 1 受診申込みは組合員本人のみとなります(被扶養者は不可)。
- 2 8月以降、歯科健診受診時に組合員資格のない方は申込みできません。
- 3 受診可能な健診機関は、愛知県歯科医師会会員の診療所となります。
(それ以外は利用できません)

申込締切日：令和7年6月16日(月) 支部事務局(福利課)必着

締切後に共済組合へ到着した場合は受付できませんので御注意ください。(FAX・電子メールでの提出不可)