FAX：059-224-2990《送信票不要》

受診予定日の１４日前必着（ＦＡＸ可）

□ 太枠内を記入

令和８年度　歯科健診受診券交付申請書

令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合三重支部長　　様

※太枠内を記入してください。

組合員等 記号番号 （注１）	公立 三重	所属所名	
組合員氏名			
連絡先電話番号	－　　－	所属コード	

右詰め、０（ゼロ）埋め

下記のとおり、歯科健診受診券の交付を申請します。（注２、注３）

当支部使用欄
記入不要

記

※太枠内を記入してください。

受付番号	受診予定日	受診予定の歯科医院名 歯科医院の電話番号	歯科医院の 所　在　地 （市町名）
	（記入例） 令和　8　年　8　月　8　日（　土　）	きょうさい歯科医院 059 － 224 － 2989	津市
	令和　　年　　月　　日（　　）	－　　－	

注１．公立学校共済組合の組合員等番号（８桁の数字）を記入してください。組合員等番号の確認方法は右記QRコードからホームページをご覧ください。
組合員等番号と職員番号とは異なる場合が大半ですので御注意ください。

注２．**公益社団法人三重県歯科医師会会員の歯科医院に予約のうえ、受診予定日の１４日前までに共済組合へ提出（必着）**してください。

注３．当事業の補助の実施は組合員一人につき、年度内１回限りです。
詳細は「令和８年度　歯科健診事業実施要項」を御確認ください。

注４．受診日において組合員資格を喪失している場合は、受診券を使用して健診を受けることはできません。

組合員等番号の確認方法はこちら

受診期限：　令和9年2月28日