

FAX : 059-224-2990 《送信票不要》

受診予定日の10日前必着 (FAX可)

太枠内を記入

令和6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。

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

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 | 歯科医院の所在地 (市町名) |
|-------|--------------------|-------------------------------|-------------------|
| | | 歯科医院の電話番号 | |
| (記入例) | | | |
| | 令和 6 年 8 月 9 日 (金) | きょうさい歯科医院 059 - 224 - 2989 | 津市 |
| | 令和 年 月 日 () | - - | |

- 注1. 公立学校共済組合組合員証(医療機関を受診する際の保険証に記載の「番号」の後に続く8桁の数字)を確認のうえ記入してください。「34240010」は共済組合の保険者番号であり、組合員証番号ではありません。組合員証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10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6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。

受診期限： 令和7年2月28日