

令和 7 年度
歯科健康診査申込書

請求者	職員コード							フリガナ		
								組合員氏名	旧姓使用されている方：旧姓（ ）	
	所属 (派遣先)							所属電話番号 (日中の連絡先)		

受診予定者氏名	続柄	生年月日	年齢
		昭 和 平 成 年 月 日	
		昭 和 平 成 年 月 日	
		昭 和 平 成 年 月 日	
		昭 和 平 成 年 月 日	
		昭 和 平 成 年 月 日	
		昭 和 平 成 年 月 日	
(あて先) 札幌市職員共済組合理事長 年 月 日			

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

※令和 7 年度の受診期間は、
令和 7 年(2025年) 6 月 1 日～令和 8 年(2026年) 2 月28日です。

・この申込書を直接歯科医院に提出しても健診は受けられません。