

令和6年度

歯科健康診査申込書

【記載例】

請求者	職員コード	1	2	3	4	5	6	フリガナ	キョウサイ タロウ
	組合員氏名							組合員氏名	共済 太郎
	所属 (派遣先)	〇) 〇〇〇〇課〇〇〇〇係						所属電話番号 (日中の連絡先)	000-0000

受診予定者氏名	続柄	生年月日	年齢
共済 太郎	本人	昭和 平成 ■年 ■月 ■日	45
共済 花子	妻	昭和 平成 ■年 ■月 ■日	43
共済 次郎	子供	昭和 平成 ■年 ■月 ■日	18
		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
令和6年 ■月 ■日

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

※令和6年度の受診期間は、

令和6年(2024年) 6月1日～令和7年(2025年) 2月28日です。

申込書は“組合員(ご本人様)毎“の作成をお願いします。

※夫婦共に組合員の方につきましては、
それぞれ申込書を作成のうえ、ご提出くださいますようお願いいたします。

※組合員及びその被扶養者分につきましては、まとめて1枚の申込書でご申請いただけます。

対象者は、札幌市職員共済組合の
組合員および被扶養者のうち、
令和6年4月1日時点で満16歳以上の方です。
(中学生以下の被扶養者はご利用できません。)

・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。