

令和5年度

歯科健康診査受診券等交付申込書

請求者	職員コード							フリガナ			
								組合員氏名			
	所属 (派遣先)							所属電話番号 <small>(日中の連絡先電話番号)</small>			
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。

※今回交付する受診券で受診できる期間は、

令和5年(2023年)6月1日～ 令和6年(2024年)2月29日です。

・この交付申請書を直接歯科医院に提出しても健診は受けられません。