

歯科健診（歯周病予防指導）申請書

令和 年 月 日

秋田県医師国民健康保険組合理事長 様

歯科健診（歯周病予防指導）の受診を希望します。

被保険者番号	ス ^ハ -ス
組合員名	
受診者 <u>組合員本人は対象外です。</u>	* 対象は被保険者のうち40～74歳の家族の方です。
住所 受診券等の送付に使用します。	〒 ー

組合使用欄	
番号	受領印

6月30日までに日付と太枠内を記入し、郵送又はFAX、メールでお申し込みください。7月末に「歯科健診受診券」等を送付いたします。マイナ保険証または資格確認証と併せて受診機関に提出し、受診してください。

秋田県医師国民健康保険組合

〒010-0874 秋田市千秋久保田町6番6号 秋田県医師会館内

電話 (018) 833-2433 FAX (018) 835-2427

e-mail amkk@d2.dion.ne.jp