

## 診療所型歯科健診受診申込書

◇ 太枠内をボールペンで全て記入し、受診予定日の2週間前までに提出して下さい。

| ※後日お渡しする受診票と歯科健康診査票を受診日に医療機関へ提出して下さい。 |   |         |                |              |
|---------------------------------------|---|---------|----------------|--------------|
| 被 保 険 者                               | トヨタ紡織健康保険組合   |         | 被保険者等記号番号      | 被保険者氏名       |
|                                       |   |         | -              |              |
| 所 属                                   | 勤務地 ( )   |         |                | 所属先TEL       |
|                                       |   |         |                |              |
| 受 診 者                                 | 氏 名   | 男       | 生年月日(受診日年齢)    | 被保険者との続柄     |
|                                       |   | 女       | 年 月 日<br>( ) 歳 |              |
|                                       | 氏 名   | 男       | 年 月 日          | ( ) 歳        |
|                                       |   | 女       | ( ) 歳          |              |
|                                       | 氏 名   | 男       | 年 月 日          | ( ) 歳        |
|                                       |   | 女       | ( ) 歳          |              |
|                                       | 氏 名   | 男       | 年 月 日          | ( ) 歳        |
|                                       |   | 女       | ( ) 歳          |              |
| 受 診 歯 科 医 院                           | 名 称   |         |                | 受診日<br>予定日   |
|                                       | 所在地   | 県 郡・市・区 |                | 20 年 月 日 ( ) |
| 受診票送付先                                | ※TB社内便で被保険者の職場へ送付します。職場で受領出来ない方は郵送しますので、送付先をご記入下さい。<br>自宅 ・ その他 ( ) (○または送付先を記入)<br>〒 - |         |                |              |

《 健保組合処理欄 》

| 受診回数  | 1回目 | 2回目 | 受診票発送日 | 備 考 |
|-------|-----|-----|--------|-----|
| 受 診 日 | /   | /   | /      |     |

受 付 印

◇ 書類提出・お問い合わせ先 トヨタ紡織健康保険組合 保健事業G (刈谷)

【住所】 〒448-8651 愛知県刈谷市豊田町1-1 【TEL】 0566-26-0305 (811-3051)