

※申込み締切りは、11月20日です。
また、肝機能検査は、11月30日までに受けてください。
大阪府歯科医師国民健康保険組合
(FAX:06-6772-3450)

整理番号	
------	--

令和4年度 肝機能(HBs 抗原・抗体を含む) 検査申込書

(〈実施要領〉3. 対象者の(2)該当者)

健康診断受診者は申し込み不要です。		
受	被保険者証 記号番号	歯国 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (枝番) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 甲種本人 <input type="checkbox"/> 甲種家族 <input type="checkbox"/> 乙種本人 <input type="checkbox"/> 乙種家族 <input type="checkbox"/> 未加入 (後期高齢含む。組合補助の対象外となります。)
	氏名	フリガナ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 男 ・ 女 SH 年 月 日生
診 者	問診票・結果 送付先	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ☎ ()
	勤務先	支部 <input type="text"/> 歯科 <input type="text"/> ☎ ()
受 診 先	大阪府結核予防会	
	大阪総合健診センター 〔中央区(淀屋橋)〕	堺複十字診療所 (午後のみ) 〔堺市〕
受 診 希 望 日	第1希望日	第2希望日
	月 日 曜日 午前 ・ 午後	月 日 曜日 午前 ・ 午後

送付先は問診票等をお送りする際に必要ですから、アパート・マンション・ビル名や号棟・階数、部屋番号等正確にご記入ください。