※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5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。								
		歯国 (枝番)						
受	被保険者証記号番号	□ 甲種本人 □ 甲種家族 □ 乙種本人 □ 乙種家族 □ 未 加 入(後期高齢含む。組合補助の対象外となります。)						
		フリガナ			男	· 女		
診	氏 名				SH 年	月 日生		
者	問診票·結果 送付先	〒 −	1	8 ()		
	勤務先	支部		± ™ (樹科)		
大阪府結核予防会								
受 診 先 (希望する場所をOで) 囲んでください。		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」		大阪複十字病院 「寝屋川市」			
受診希望日		第 1 希 望 日		角	第2希望日			
		月 日午前・午	曜日	午	月 日前・午	曜日 : 後		

階数、部屋番号等正確にご記入ください。 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