

【別添2】

常務理事	事務長	庶務係長	担当者

## 歯科健康診査利用申込書

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名称  
 事業所  
 所在地  
 代表者  
 被保険者氏名

被 保 険 者 証 記 号 番 号		本人 家族 の別	本人・家族
受 検 希 望 者	住 所	〒 ー	
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	昭・平 年 月 日生	満 歳
	電話番号	(                      )	
受 検 年 月 日	年 月 日		
医 療 機 関 名			

※本人・家族の別、男女別の別欄は該当するところを○で囲んで下さい。  
 ※必ず裏面を確認し、下チェック欄に☑を記入してください。

裏面利用要領を確認しました。

受 付 印	受 付 番 号
	ー

---

## 歯科健康診査利用要領

---

〒275-0024 千葉県習志野市茜浜1-10-2

千葉県トラック健康保険組合

TEL 047(452)6661

ご利用を希望されるときは次の要領により取り扱い致します。

- ① 医療機関に本人または事業所の事務担当者が直接連絡し、利用月日を決め予約して下さい。
  - ② 申込書を当健保組合へ郵送して下さい。
  - ③ 受診日当日、“健保組合確認”を押印した「利用券」と「歯科口腔健康診査票」に記載して予約した医療機関に呈示して下さい。
  - ⑤ 利用申込後、利用日を変更したいときは利用予約を改めて行うことになります。医療機関に変更を申し出た後、当健保組合に連絡して下さい。
- ※ 受診日の窓口支払はありません。

後日、個人負担金額を当健保組合から事業主様を經由して受診者へ請求いたします。

- ※ 申込みは利用日2週間前までに行って下さい。