

(様式第 10 号の2)

歯科健康診査利用申請書

組 合 員 証		組合員氏名	所属所名	
記号	番号			
受診者氏名		生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳)
続 柄	組合員との続柄 ()	受 診 日	令和	年 月 日
歯科医院名	所在地 (市・町)			
上記のとおり申請します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 申請者 住所 (組合員) 氏名 _____				
上記の者は、歯科健康診査を受ける者として適当であるものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名				

※1 事前に石川県歯科医師会ホームページにて石川県歯科医師会会員の歯科医院を確認し、歯科健診の予約を取ってから、所属所の共済事務担当課に利用申請を行ってください。

※2 受診期間は令和6年6月～令和6年12月までです。

※3 年度単位で1回に限り申請できます。

* 共 済 組 合 使 用 欄 *		審査日	令和 年 月 日
区 分	承 認 ・ 不 承 認	承認番号	第 号
不承認の理由			