

(様式第 10 号の2)

## 歯科健康診査利用申請書

|   |             |         |       |               |
|---|-------------|---------|-------|---------------|
| 組 合 員 等   |             | 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<br>( 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。<br>石川県市町村職員共済組合理事長 様<br>令和 年 月 日<br>申請者 住所<br>(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。<br>令和 年 月 日<br>職 名<br>所属所長<br>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8年6月～令和8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      |             |      |          |