※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7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。

受診者	被保険者等記号番号	歯国 □□ □□□□ - □□□ (枝番) □□ □ 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。)	
	氏　名	フリガナ	男 ・ 女
			SH　年　月　日生
	問診票・結果送付先	〒　－ ☎　(　　)	
	勤務先	支部　歯科 ☎　(　　)	
受診先 (希望する場所を○で囲んでください。)	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」	大阪複十字病院「寝屋川市」
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。