別記様式第１号(第３条関係)

美祢市国民健康保険 歯科健康診断申込書

年　　月　　日

美祢市長　様

世帯主　住　所

氏　名　　(※)

電話番号

美祢市国民健康保険歯科健康診断を次のとおり受診したいので申し込みます。

利　用　種　別			
被保険者証記号番号			
受診する被保険者名			
生　年　月　日	年　　月　　日	性別	□　男 □　女
受診歯科健診機関			

※　世帯主が手書きをしない場合は、**記名押印**してください。