京都府医師国民健康保険組合行　FAX 075−822−3344

健 康 基 本 検 査 等 利 用 申 込 書

所属医療機関名		申込責任者

◎健康基本検査（検査費用を一万円まで補助します。満 19 歳以上の方が対象。）
◎歯科健康診査（無料です。）

下表に利用される方の記号番号等をご記入ください（医師国保の被保険者に限る）。
併せて歯科健康診査を希望される方は、□に✓を入れてください。

記号−番号−枝番	利 用 者 氏 名	歯科健康診査
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□
医　　−　　−		□