

FAX、郵送または電話で「堺市医療年金課後期高齢者医療係」までお申込みください。

FAX 番号：072-222-1452

郵送先住所：〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号

電話番号：072-228-7375

堺市訪問歯科健康診査申込書

(堺市在宅要介護者等訪問歯科健診事業)

●訪問歯科健診の希望者（被保険者）

被保険者番号									申込日	令和	年	月	日	
フリガナ 氏名											性別	男・女		
生年月日	〈 明治・大正・昭和 〉										年	月	日	(歳)
住所	堺市 区													
電話番号														
通院による歯 科健診を受診 できない理由														

以下について、分かる範囲でご記入ください。

かかりつけ歯科医院（歯科主治医）													
歯科の治療を受けた直近の受診日	年 月 日頃												

申込書受領後、健診の委託先（堺市歯科医師会、狭山美原歯科医師会）より健診希望者の状態を電話にて聞き取りさせていただきますので、健診希望者の状態を把握されている依頼者又は紹介者の方を以下の欄にご記入ください。

依頼者または紹介者の方のお名前													
健診希望者との関係													
聞き取り調査の都合の良い曜日、日時等													
依頼者または紹介者の方の電話番号													
依頼者または紹介者の方の FAX 番号													