

下記のいずれかに、電話又は下記の申込書をFAXしてお申し込みください。

※電子申請システムで申込することができます（表面参照）

申込先	受付時間	FAX番号	電話番号
堺市役所医療年金課 後期高齢者医療係	月曜から金曜 9時から17時まで	222-1452	228-7375
堺・中・東・西・南・北区に在住の方 堺市歯科医師会 在宅歯科ケアステーション	月曜から金曜 10時から16時まで	243-3088	243-1902
美原区に在住の方 狭山美原歯科医師会 在宅歯科ケアステーション	月・水・金曜 10時から14時まで	368-6657	368-6650

堺市訪問歯科健康診査申込書

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						
住所	〒堺市区					
電話番号						
通院で歯科健診が受診できない理由						

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	