|  |
| --- |
| **リケンテクノス健康保険組合　　　歯科健診キャンペーンアンケート　２０２３** |

1. **歯科健診を受診した歯科医院について教えてください。（必須）**

**〇印をつけてください。**

・歯科健診センター　　　　　　　・かかりつけ歯科医院

＊かかりつけ歯科医院の場合は領収書を添付してください。

領収書：受診者氏名・受診日・金額・健診代等の内容）が歯科医院で記載されたもの

　領収書記載必須事項が手書きの場合は、医療機関担当者の押印が必要です。

1. **歯科健診の受診日を教えてください。****（必須）**

受診日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

1. **歯科健診を受診して虫歯や歯周病等がみつかりましたか？（必須）**

**〇印をつけてください。**

 ・虫歯　　　・歯周病　　　　・その他（　　　　　　　　　　　）　　・なし

　　　＊虫歯や歯周病がみつかった場合は、治療を開始してください。

1. **歯科健診のご意見・ご感想などをお聞かせください。（任意）**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **健康保険組合へのご要望がございましたら、ご記入ください。（任意）**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |



健康保険証の記号と番号（**保険証の上部に記載してあります。**）

氏名のご記入をお願いします。**（必須）**

【記号】　　　　　　　　　【番号】

【氏名】

ご協力ありがとうございました。

**★2024年4月8日（月）までに健保へご提出していただいた方にクオカード500円贈呈★**