

地方職員共済組合奈良県支部

歯周疾患検診費用請求書

職員 番号		所属名	
組合員氏名			
受診歯科 医療機関 電話番号	TEL () - () - ()		
受診年月日			
請求額	¥ 4, 4 0 0		
上記のとおり請求します。 地方職員共済組合奈良県支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名			

【注意事項】

1. 歯周疾患検診費用助成については、1組合員1会計年度1回に限り申込みできます。
2. 歯周疾患検診を受けられる期間は、令和8年2月28日までです。
令和8年2月28日を過ぎて受診された場合は、歯周疾患検診費用の請求はできません。
3. 請求にあたっては、領収書と歯周疾患医療機関検診診断書（地方職員共済組合控え）を添付して令和8年3月6日までに当支部へ提出してください。
令和8年3月6日以降に収受した場合は費用助成の対象外となりますのでご了承ください。

〒630-8501 奈良市登大路町30
地方職員共済組合奈良県支部
(奈良県総務部総務厚生センター共済・福利厚生係)
内線 2 1 8 1 ・ 2 1 8 2、2 2 9 5
直 通 0 7 4 2 - 2 7 - 0 9 9 9
ダイヤル 0 7 4 2 - 2 7 - 8 3 5 2
FAX 0 7 4 2 - 2 7 - 5 7 6 7

