協会けんぽ事業所確認票

お申込み前に全国健康保険協会(協会けんぽ)のホームページをご確認ください。https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g4/

報号 500 分 分 大 生年月日 平成 性別 学権政等年月日 令行 保険者番号 9 9 9 9 公 保険者系名称。 保険者所在 1 000	100013	今和 2年 4月10日交付 → 1000001 (未参 00 10日 1日 1日 1日 1日 10日 10日 10日	健	▼ 東保障	険被仍	 保険者	証の記	咒						
健康保険証		フリガナ												
の番号		氏名	性別		生	年月	日			健	診日		1	備考
			男	昭		/ -				/		П		
			女	平		年	月	日		年	月	日		
			男	昭		年	月	田		年	月	日		
			女	平			,,	Ι			, ,	П		
<u>(1)事業所</u>	情報													
フリガナ	•													
事業所名称														
事業所所在地 (<u>請求先の住所</u> を ご記入ください)		〒 −												
電話番号						FAX	番号							
担当者名					部署	署名(P	勺線番	号)					()
協会けん (3)案内・糸 □ 本人宅	貫病予防 ルぽ対象 ルぽ対象 吉果発送	:オプション :外オプション : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !		当日	本人	支払(支払) 支払(l) l)			事業	所支払 所支払 所支払	701		
□ 事業所 だ		(1)の所在地と異り	აგ (⊦	記にi	乏付 先	の所在	E地をこ	記人	にさい	,۱)				
事業所名														
事業所所	在地	〒 −												
電話番号						FAX	番号							
担当者名					部署	雪名(区	勺線番	号)					()

JA愛知厚生連

豊田厚生病院健康管理センター TEL (0120) 78-5050 〒470-0396 愛知県豊田市浄水町伊保原500-1 FAX (0565) 43-5047 URL: http://toyota.jaaikosei.or.jp/電話対応時間 平日9:00~16:30 第1·3±曜日9:00~12:00 回



協会けんぽ事業所確認票

健康保険被保険者証の保険者番号			隶保区	倹被保険者	号	Į.				
	フリガナ									
健康保険証 の番号	氏名	性別		生年月	日		健調	∌ 日		備考
		男	昭							
		女	平	年	月	日	年	月	日	
		男,	昭	年	月		年	月	日	
		女田	平四							
		男女	昭平	年	月	日	年	月	日	
		男	昭							
		女	平	年	月	日	年	月	日	
		男	昭	年	月		年	月		
		女	平	+	Э	日	+	力	日	
	男昭	年	月	日	年	月	日			
		女	平		/]			/]		
		男女	田田	年	月	日	年	月	日	
		男	昭							
		女	平	年	月	日	年	月	日	
		男	昭	年	月	П	年	月	日	
		女田田	平四		, ,				I	
		男女	昭中	年	月	日	年	月	日	
		男	昭							
		女	平	年	月	日	年	月	日	
		男	昭	年	月	日	年	月	日	
		女	平	<u> </u>	, ,	Ц	<u> </u>	/ J		
		男,	昭	年	月	日	年	月	日	
		女田田	平	-			-		-	
		男女	昭平	年	月	日	年	月	日	
		男	昭	年	月	日		月	日	
		女	平	+	力	Ц	+	Д	L	

JA愛知厚生連

豊田厚生病院健康管理センター TEL (0120) 78-5050 〒470-0396 愛知県豊田市浄水町伊保原500-1 FAX (0565) 43-5047

