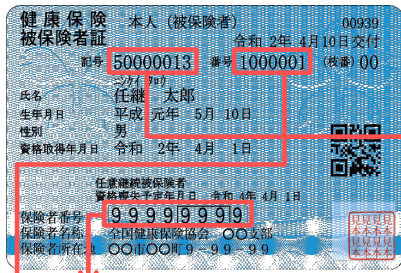


協会けんぽ事業所確認票

様式1-1
2023/3/27版

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/>



健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号			
健康保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	健診日	備考
		男	昭	年 月 日	
		女	平	年 月 日	
		男	昭	年 月 日	
		女	平	年 月 日	

(1) 事業所情報

フリガナ			
事業所名称			
事業所所在地 (請求先の住所を ご記入ください)	〒 -		
電話番号		FAX番号	
担当者名		部署名(内線番号)	()

(2) 支払い方法

- 生活習慣病予防健診 当日本人支払い 事業所支払い
協会けんぽ対象オプション 当日本人支払い 事業所支払い
協会けんぽ対象外オプション 当日本人支払い 事業所支払い

(3) 案内・結果発送先

- 本人宅 事業所
 事業所が上記(1)の所在地と異なる(下記に送付先の所在地をご記入ください)

フリガナ			
事業所名称			
事業所所在地	〒 -		
電話番号		FAX番号	
担当者名		部署名(内線番号)	()



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土曜日9:00~12:00



協会けんぽ事業所確認票

様式1-2
2023/3/27版

健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号				
健康保険証 の番号	フリガナ	性別	生年月日		健診日	備考
	氏名		年	月		
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			
		男	昭	年 月 日	年 月 日	
		女	平			



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土曜日9:00~12:00

