

協会けんぽ事業所確認票

様式1-1
2021/2/26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		豊田厚生病院 健康管理センター 専用FAX (0565) 43-5047	
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 女	昭 平 年 月 日	年 月 日	
		男 女	昭 平 年 月 日	年 月 日	

(1)事業所情報(確認のためご記入をお願いします。)

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)	()

(2)支払い方法 ※事業所請求時、上記(1)の所在地と請求先が異なる場合は下記をご記入ください

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| 生活習慣病予防健診 | <input type="checkbox"/> | 当日本人支払い | <input type="checkbox"/> | 事業所支払い |
| 協会けんぽ対象オプション | <input type="checkbox"/> | 当日本人支払い | <input type="checkbox"/> | 事業所支払い |
| 協会けんぽ対象外オプション | <input type="checkbox"/> | 当日本人支払い | <input type="checkbox"/> | 事業所支払い |

(3)案内・結果発送先

- 本人宅 事業所

※送付先の事業所が上記(1)の所在地と異なる場合は下記をご記入ください

- 請求先が異なる 案内・結果発送先が異なる

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)	()



協会けんぽ事業所確認票

様式1-2
2021/2/26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		豊田厚生病院 健康管理センター 専用FAX (0565) 43-5047		
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					
		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			

