

健康増進施設利用申込書 (コスパ・テルサ専用)

| 事業所名 | | | | | |
|-----------------------------|-------|-----|--------------------|-------|--------|
| 申込責任者 (被保険者) | | | | | |
| 事業所住所 [〒] (送付先) | | | | | |
| 連絡先 | | | | | |
| 部 課 ー ー | | | | | |
| 利 用 者 | | | | 組合記入欄 | |
| 区分 | 記号・番号 | 氏 名 | 希望施設欄に丸印を記入してください。 | | 発行整理番号 |
| | | | コスパ | テルサ | |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 通 信 欄 | | | | | |

郵送又はFAXで大阪支部にお申し込ください。

送付先

大阪支部 〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-4 MF天満橋ビル9F FAX 06-6944-4309

※当組合の承認印の無いものは、無効です。

出版健康保険組合

| |
|-----|
| 担当印 |
|-----|

健康増進施設利用申込書 (コスパ・テルサ専用)

| 事業所名 | | | | | |
|-----------------------------|-------|-----|--------------------|-------|--------|
| 申込責任者 (被保険者) | | | | | |
| 事業所住所 [〒] (送付先) | | | | | |
| 連絡先 | | | | | |
| 部 課 ー ー | | | | | |
| 利 用 者 | | | | 組合記入欄 | |
| 区分 | 記号・番号 | 氏 名 | 希望施設欄に丸印を記入してください。 | | 発行整理番号 |
| | | | コスパ | テルサ | |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 本・家 | ー | | | | No. |
| 通 信 欄 | | | | | |

郵送又はFAXで大阪支部にお申し込ください。

送付先

大阪支部 〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-4 MF天満橋ビル9F FAX 06-6944-4309

※当組合の承認印の無いものは、無効です。

出版健康保険組合

| |
|-----|
| 担当印 |
|-----|