

## 健康増進施設利用申込書 (コスパ専用)

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	発行整理番号
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。

担当印

出版健康保険組合

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; height: 60px;"></div>
--