

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。

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。

出版健康保険組合

担当印
