

乳がんグローブ(自己触診用)
FAX申込書

兵庫トヨタ自動車健康保険組合 殿

必要事項を記入し、

078-272-2146

健康保険組合までFAX送信してください。
(お間違いのないよう番号をご確認ください。)

年 月 日

随時受付をしていますので、
健保組合に申し込んでください。
一度申込みいただいた方には、資格のある限り
翌年以降も配付させていただきます。

被保険者証記号 番号

被保険者氏名

対 象 者	フリガナ		生年月日	S H	年 月 日
	申込者名		年 齢	令和4(2022)年3月31日到達年齢 歳	
	続柄	家族	連絡先 電話番号	自 宅 携 帯 勤務先	- -
	住所	〒 -			

被保険者 の会社名		所 属 部 署 名	
--------------	--	--------------	--

(注)郵便番号、住所、氏名などは正しくはっきり書いてください。