

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

隨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、
翌年以降も配付させていただきます。

被保険者等 記号 番号

被保険者 氏名

| | | | | |
|-----|--------|----|-------------|--------------------------|
| 対象者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 申込者 氏名 | | 年 齢 | 令和8(2026)年3月31日到達年齢 歳 |
| | 続柄 | 本人 | 連絡先 電話番号 | 自宅 携帯 勤務先 — — |

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

(注)氏名、生年月日などは正しくはっきり書いてください。