

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、
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 属 部 署 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。