

# ⑥ 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
	申込者氏名		年齢	令和9(2027)年3月31日到達年齢			
	続柄	家族	連絡先電話番号	自宅 携帯 勤務先	-	-	歳
	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。