

令和 年 月 日

東京薬業健康保険組合 宛

事業所記号 _____

事業所名称 _____

住 所 〒 _____

代表者氏名 _____

事務担当者 _____

基本情報申込書

当事業所のデータ管理整備にあたり、以下の基本情報の送付をお願い申し上げます。

なお、送付された基本情報については、他の目的には使用しません。

※必要項目に○印をしてください。

1. 被保険者基本情報
2. 被保険者・被扶養者基本情報
3. 被扶養者基本情報

【問合せ・申込先】

東京薬業健康保険組合

本部 適用課 TEL 03(3581)1236