

同意書

当事業所の被保険者資格等のデータ管理整備にあたり、基本情報を、当事業所の社会保険関係業務委託先の（ ）が、東京薬業健康保険組合から受け取ることについて同意いたします。

令和 年 月

事業所記号 _____

事業所名称 _____

住 所 〒 _____

代表者氏名 _____ (印)

(業務委託先)

名称 : _____

住所 : 〒 _____

電話番号 : _____ ()

【問合せ・申込先】

東京薬業健康保険組合

適用課 ☎ 03(3581)1236