



新規事業所登録

事業所名	(フリガナ)		
事業所住所	〒		
電話番号		FAX番号	
担当部署		担当者名	(フリガナ)
ご加入の健康保険組合			
健診料金のお支払い方法	事業所へ請求 ・ 個人窓口払い ・ その他		
	(備考)		
請求書郵送先	* 上記の事業所住所と発送先がことなる場合のみご記入ください。		
	〒		
健診結果報告書提示方法	会社管理用		要 ・ 不要
	* 上記の事業所住所と発送先がことなる場合のみご記入ください。		
	送付先	〒	
	個人用健診結果報告書		
送付先	個人宅へ ・ 事業所へ送付		

