

保険者機能を推進する会 御中

「保険者機能を推進する会」入会申込書

「保険者機能を推進する会」に平成____年____月____日より入会することを
申し込みます。

平成____年____月____日

組 合 名				印
住 所	〒			
代表者役職名		担当者役職名		
代表者氏名		担当者氏名		
電 話 番 号		電 話 番 号		
F A X		F A X		
メールアドレス		メールアドレス		
____月 現在の人数 →	被保険者数			人
	被扶養者数			人

入会後の分科会活動について、参加される部会・分科会の欄に丸印を付けてください。
尚、複数の分科会への参加も可能です。

部会名称	分科会名称				
教育啓発部会	医療(機関)情報 チーム		医療費知識向上 チーム		健保広報チーム
レセプト部会	レセプト効率化 分科会		疾病分析調査 分科会		
保健事業部会	女性の健康対策 分科会		たばこ対策 分科会		
柔整部会	広報分科会		データ事例分析 分科会		教育・研修 分科会