保険者機能を推進する会 入会申込書

年 月 1日付での入会を申し込みます

申込日 年 月 日

健康保険組合の基本情報			
組合名			
所在地	〒		
代表電話		代表FAX	
理事長名		備考	役職名が異なる場合などご記入ください
常務理事名			
事務長名			
代表者情報（貴健保を代表して本会総会で議決権を行使される方）			
役職名		氏名	
メールアドレス			
連絡担当者情報（当会からの各種ご案内連絡先）※2つまで。代表や組織アドレスも可			
連絡先①	連絡先名		
	メールアドレス		
連絡先②	連絡先名		
	メールアドレス		
前年12月末現在の被保険者数（1月分月報記載数値） ※会費の基準値となります			人

※会員健保は、HP等の会員一覧に掲載いたしますので、ご了承ください

<送付・お問合せ先>

〒101-0036 東京都千代田区神田北乗物町11番地 乗物町第一ビル4階

一般社団法人保険者機能を推進する会 事務局

TEL : 03 (5577) 5411 FAX : 03 (5577) 5413 Email: hokensha@kino-suishin.org