

常務理事	事務局長	統括部長	課長	課長補佐	処理者

記号

健康保険 適用事業所情報交付申請書

下記理由により、事業所情報の交付を申請致します。

【申請理由】

【請求事項】 ※交付が必要な項目に○をつけてください。

〔被保険者〕

記号 番号 氏名 性別 年齢 生年月日 資格取得年月日
資格喪失年月日 標準報酬月額 その他 ()

〔被扶養者〕

記号 番号 氏名 性別 続柄 年齢 生年月日 認定年月日
削除年月日 その他 ()

【交付対象者】

1. 現在の在籍者のみ 2. 資格喪失済みの者も含む

【交付方法】

1. 紙面 2. 電子媒体

※申請理由以外の目的に使用いたしません。個人情報保護に関する法律に従い、適切に取り扱い管理体制に万全を期します。万一、利用目的以外の使用並びに情報漏洩等が発生した場合は、当該損害の一切を当社の責任において賠償いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

東京都食品健康保険組合

令和 年 月 日交付 (窓口 簡易書留 宅配便)
令和 年 月 日受領書受取

受付日付印

令和 年 月 日

東京都食品健康保険組合 殿

受 領 書

令和 年 月 日 申請致しました健康保険適用事業所情報を
令和 年 月 日に受領しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主名