

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】 ※不要の項目を抹消。

〔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 年齢 生年月日 続柄 認定年月日

削除年月日 その他（ ）

【交付方法】

1. 紙面 2. 電子媒体

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

印

※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の適切な取り扱い、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漏洩等発生した場合は、当該損害の一切を

当社の責任において賠償いたします。

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 日受領書受収

／ 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

印