

# 被扶養者の特定健診受診勧奨ツール申込書

依頼先：全国健康保険協会新潟支部

FAX番号：025-242-0280

保険証の記号 7桁または8桁の数字									※ 7桁の場合、左詰でご記入ください ※ 「01150010」ではございません
事業所所在地	〒 _____								
事業所名称									
代表者名									
電話									
ご担当者名	(部署名： _____)								
メールアドレス	_____@_____								

お問い合わせ先  
全国健康保険協会 新潟支部 保健グループ  
電話番号 025-242-0264