

【FAX 又は郵送にてご提出ください】

送信先: 全国健康保険協会船員保険部 FAX: 03-3265-8382

## 「船員の健康づくり宣言」 船員デンタルケアキット 提供依頼書

令和 年 月 日

### 申込者同意欄

「船員デンタルケアキット」は船員保険加入の被保険者に配布を行います。なお希望者への配布時にアプリをダウンロードのうえ、セルフチェックを実施するように説明をします。

 はい

### 申込情報記載欄

船舶所有者記号										
船舶所有者名称										
所在地	〒									
電話番号										
ご担当者氏名										
必要数量	( ) セット ※数量の上限は被保険者の人数分です									

- 当該メニューは「船員の健康づくり宣言」アクティブコース専用の支援メニューとなります。
- キットのご利用はお申込みの船舶所有者様に所属する船員保険加入の被保険者様に限りま  
す。その他の従業員・ご家族様等のご利用はできませんのでご了承ください。
- キットはご記入の所在地のご担当者様宛に送付いたします。到着までに1か月程度時間を要  
する場合があります。
- キットが届きましたら、速やかに船員の皆様にご配布をお願いします。キットの中には専用のア  
プリのダウンロードに関する説明用紙が同封されておりますので、船員の皆様にはスマート  
フォンによるセルフチェックを実施いただきますようお願いいたします。