

協会けんぽ 広島支部

メルマガ 会員様

大募集!!

登録無料
(通信料金を除く)




～旬な健康情報を見逃していませんか?～

簡単!

《登録方法》

方法1: ご自身で即登録完了!

- Step 1 広島支部ホームページの  広島支部メールマガジン をクリック
- Step 2 必要事項を入力して、メールアドレスを登録
- Step 3 登録したアドレスに確認メールが届けば登録完了



こちらからも登録可能です

方法2: 広島支部にて登録代行! ※一度に複数名可

裏面の登録用紙に記入し、FAXまたは郵送で広島支部へご提出ください



配信内容

- お得な健診案内
- 各種申請の手続き方法
- 健康保険制度の改正
- セミナー・イベント開催
- 季節のレシピ ● 健康づくり情報 などなど



月に一度 協会けんぽ広島支部が、大切な従業員様へお届けします。

会社内でご覧ください。お一人でも多くの方のご登録をお待ちしております。

お問い合わせ先

全国健康保険協会 広島支部
協会けんぽ
<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

企画総務グループ

☎ 082-568-1014
(平日: 8:30~17:30)

【FAX送信先】

082-568-1130

(番号のお間違いにご注意ください)

【郵送先】

〒732-8512 広島市東区光町1-10-19 日本生命光町ビル2階 全国健康保険協会 広島支部 宛

ご利用上の注意事項(利用規約)

全国健康保険協会では、メールマガジン配信サービス(以下「本サービス」という)の運営に必要な範囲で、本サービスをご利用される皆様の情報の登録を頂いております。本サービスにおける登録情報の取扱い等につきましては、以下のとおりですので、登録にあたっては、あらかじめ以下の事項をお読みいただき、ご了承のうえ登録をお願いします。

- 1.本サービスは外部の配信業者に委託して行っています。
- 2.本サービスは、無料(通信料金は除く)でご利用になれます。
- 3.全国健康保険協会では、本サービスにご登録頂いた情報について、漏えい、紛失、破壊、不正アクセス及び改ざん等を防止するために必要な措置を講じています。本サービスの運営は外部に委託していますが、委託先においても収集した情報の適切な管理のために必要な措置を講じています。
- 4.登録頂いた情報は、本サービスを円滑に運営するための参考として使用します。なお、メールアドレスについては、メールマガジンの配信のために使用します。
- 5.全国健康保険協会では、法令に基づき提供することが義務づけられていると解される場合、不正アクセス、脅迫等の違法行為があった場合、その他特別の理由のある場合を除き、収集した情報を本サービスの運用以外の目的のために自ら利用し、又は第三者に提供いたしません。ただし、統計的に処理された当サイトのアクセス情報、利用者属性等の情報については公表することがあります。
- 6.本サービスでは、メールマガジンを配信するため、メールアドレスの入力を必要としますが、これ以外に個人を識別することができる情報は収集していません。なお、本サービスの登録は、登録者ご本人の意思により何時でも解除が可能です。また、情報の変更・訂正も可能です。
- 7.本サービスでは、ウイルス防止のためファイルの添付は行いません。(添付ファイルのついたメールは偽物です。)
- 8.万一、内容が不審な全国健康保険協会配信のメールマガジンを受信した場合は、前頁下段のお問い合わせ先までご連絡ください。
- 9.メールマガジンの配信については、回線上的問題(メールの遅延、消失)等により届かなかった場合、もしくは文字化けが生じた場合等でも再送信はいたしません。

全国健康保険協会ホームページに掲載の「バックナンバー」をご覧ください。

- 10.本サービスは、全国健康保険協会の都合により、「全国健康保険協会ホームページ」において予告した後に中止、延期又は廃止することがあります。
- 11.全国健康保険協会は、本サービスの利用、運用の中止、延期又は廃止等により発生する一切の責任を負いません。
- 12.登録されたメールアドレスへの配信が連続5回にわたり未着エラーとなった場合、登録メールアドレスは無効として以降の配信を停止します。
- 13.原則として、配信されたメールマガジンのメールアドレスへの返信でのご意見、ご要望等はお受けできません。
- 14.本注意事項については、必要に応じて改訂する場合があります。改訂する場合は「全国健康保険協会ホームページ」でお知らせします。

通番	メルマガ規約に同意する☑	メールアドレス	属性	性別	年齢
例)	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	abc1234 @ kenpo.or.jp	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男 女	30
1	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
2	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
3	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
4	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
5	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
6	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
7	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
8	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
9	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
10	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
11	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
12	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
13	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
14	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	
15	<input type="checkbox"/> 同意する	@	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 健康保険委員 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	男・女	

上記内容について申し込めます。

年 月 日 会社名

健康保険証記号

ご担当者名

ご連絡先