

# 『治療と仕事の両立支援』申込書

FAXで  
お申込み

全国健康保険協会（協会けんぽ）茨城支部  
企画総務グループ宛

029-303-2100

お申込み者	事業所記号 (保険証の記号)		
	事業所名		
	住所 (実施場所)	〒	
	主な事業内容		
	担当部署・氏名	部署	氏名
		E-mail	
TEL・FAX	TEL	FAX	
依頼内容	希望するサポート内容 (いずれかにし点)	<input type="checkbox"/> ①個別訪問支援 <input type="checkbox"/> ②個別調整支援（ご本人（患者）の同意が必要）	
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ( 時～)	
	第2希望	令和 年 月 日 ( 時～)	
その他	連絡事項 (ご相談等ございましたらご記入ください)		

お問い合わせ先



全国健康保険協会 茨城支部

協会けんぽ

〒310-8502 水戸市南町3-4-57 水戸セントラルビル

協会けんぽ 茨城

検索

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/ibaraki/>  
企画総務グループ ☎029-303-1580