

【 F A X 送 信 票 】

千葉県医業健康保険組合 総務課行

「私たちの健康保険」追加配布申込書

【事業所 記号】	_____
【事業所 名称】	_____
【事業所 所在地】	〒 _____ — _____
(送付先住所)	_____
【電話 番号】	_____ — _____ — _____
【ご担当者氏名】	_____
【必要部数】	_____ 部

FAX番号 043-215-8206