

東京化粧品健康保険組合 加入希望連絡書

当健康保険組合への加入検討等のご要望につきましては、この連絡書の該当事項をご記入のうえ、業務第一部あてにFAXにてご連絡ください。

① 事業所名	<small>(ふりがな)</small>		
② 所在地	〒 -		
	TEL	()	FAX ()
③ 設立年月日	年 月 日	④ 資本金	万円
⑤ 主たる業務内容			
⑥ 被保険者数	合計 名	男性 名	女性 名
⑦ 平均標準報酬月額	合計 千円	男性 千円	女性 千円
⑧ 平均年齢	歳	⑨ 一人当たり平均賞与額(年間)	千円
⑩ 被扶養者数	名 (内60歳以上: 名)		
⑪ 当健康保険組合を知ったきっかけ	ホームページ・その他()		
⑫ 全国健康保険協会(協会けんぽ)加入年数	年 (支部名:)		
⑬ 担当者名	<small>(ふりがな)</small>		
	様		

FAXが確認できましたら、担当よりご連絡いたします。
 なお、貴事業所の概要によってはご希望に添えない場合もございますので、あらかじめご承知おきください。

【お問合せ先】

業務第一部 TEL03-3862-5101(自動音声案内①)

FAX送信先 : 03-3862-4359