Fax 番号　045-641-3176

神奈川県機器健康保険組合あて

※送付誤りにご注意ください。

契約健診機関　受診票の一括送付依頼書

該 当 年 度　　年度

事業所記号

事業所名称

送付先住所

連　絡　先

令和　　年　　月　　日

上記のとおり受診票の一括送付を希望いたします。

事業所名称

担当者氏名

注意１．基本、一括送付は被保険者分となりますのでご了承ください。

注意２．一括送付者については、WEB システムを使用した受診票の発行はできなくなりますのでご注意ください。

一括送付者分の受診票の再交付は下記、委託事業者へご連絡ください。

注意３．一括送付までには 3 週間程度お時間をいただきますようお願いいたします。

【一括送付者の再交付連絡先】

電話：０５２－９３０－８０７１

土日祝日を除く月～金　９：００～１６：００

株式会社あまの創健　ネットワーク健診係