

保健事業に係る情報提供申請書

※使用目的及び必要な情報に☑をつけてください。

使用目的	<input type="checkbox"/> 総合健診事務手続きにおける 資格確認	<input type="checkbox"/> 助成券交付事務における 資格確認
必要な情報	<input type="checkbox"/> 組合員 氏名 <input type="checkbox"/> 被扶養者 氏名 生年月日 続柄 <input type="checkbox"/> 任意継続組合員 氏名 及びその被扶養者 生年月日 続柄	<input type="checkbox"/> 組合員 氏名 <input type="checkbox"/> 被扶養者 氏名 生年月日 続柄 <input type="checkbox"/> 任意継続組合員 氏名 及びその被扶養者 生年月日 続柄
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>福岡県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <hr style="width: 60%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>		

※提供する情報については、原則、毎月15日及び末日に作成し、その前日までの情報を収録したCDを送付します。

※必ず原本を郵送してください。

福岡県市町村職員共済組合 健康福祉課
 電話 092-651-2461 FAX 092-641-5040
 fukuokakyosai-kenkou@miracle.ocn.ne.jp