

適用申請用紙送付依頼状

東京都医業健康保険組合 適用課 行

事業所記号			
事業所名			

<送付先>	
住所	〒
名称	
電話	
担当者名	

資格取得届	部
資格喪失届	部
被扶養者(異動)届	部
被保険者報酬月額変更届	部
育児休業等取得者申出書/終了届	部
育児休業等終了時報酬月額変更届	部
産前産後休業取得者申出書/変更(終了)届	部
産前産後休業終了時報酬月額変更届	部
賞与支払届(白紙)	部
算定基礎届(白紙)	部

東京都医業健康保険組合 適用課

〒 160-0012

東京都新宿区南元町4番地

TEL: 03-3353-4311

FAX: 03-3357-7553

※FAX送信の際は番号をご確認いただき、お間違いのないようお願い致します。