年　　月　　日発行

※有効期限は発行日より1ヶ月です。

法人会員証作成依頼書

※太枠内をすべてご記入ください。

法人コード			
勤務先法人名			
契約法人名	日 揮 健 康 保 険 組 合		
申込者続柄	□ 本人　□ 被扶養者	法人所属者名	※申込者が被扶養者の場合、被保険者名を記入
法人身分証明書No.	（健康保険証記号－番号）　－		
フリガナ 申込者氏名		性別	□ 男性 □ 女性
生年月日	□ 昭 和 □ 平 成　　年　　月　　日　生　（　　）　歳		
自宅住所	〒　　―		
自宅電話番号	-　　-	緊急連絡先	-　　-　　（　　様）
E-mail アドレス ※携帯電話不可	コナミスポーツ＆ライフからご案内等 する場合があります。　@		
承認欄	上表の申込者が当健康保険組合の所属者またはその被扶養家族であり、申込記入内容に間違いがないことを確認しました。 品川区西五反田2－29－5　日幸五反田ビル3階 日 揮 健 康 保 険 組 合	ご担当者様 捺印	

日揮健康保険組合　使用欄

会員の種類	□ 都度利用料制　□ 月会費制

※どちらかを選択してください