



FAX送信先：028-622-7281 / e-mail：hokenjigyo-2@togkokuho.or.jp
栃木県保険者協議会（事務局）

申込期限 平成30年 1月12日（金）

参加申込書

01/19（金）糖尿病セミナーへの参加を以下のとおり申し込みます。

1	氏名	住所 〒
	ご加入の健康保険に○印を付けてください。 ①健康保険組合 ②全国健康保険協会（協会けんぽ） ③共済組合 ④後期高齢者医療広域連合 ⑤国民健康保険	
	【連絡先】 電話番号..... FAX 番号..... e-mail.....	
2	氏名	住所 〒
	ご加入の健康保険に○印を付けてください。 ①健康保険組合 ②全国健康保険協会（協会けんぽ） ③共済組合 ④後期高齢者医療広域連合 ⑤国民健康保険	
	【連絡先】 電話番号..... FAX 番号..... e-mail.....	
3	氏名	住所 〒
	ご加入の健康保険に○印を付けてください。 ①健康保険組合 ②全国健康保険協会（協会けんぽ） ③共済組合 ④後期高齢者医療広域連合 ⑤国民健康保険	
	【連絡先】 電話番号..... FAX 番号..... e-mail.....	

栃木県保険者協議会

（事務局）栃木県国民健康保険団体連合会 保健事業課内

〒320-0033 宇都宮市本町3番9号

TEL：028-622-7248 FAX：028-622-7281

e-mail：hokenjigyo-2@togkokuho.or.jp