

様式 3

※全国健康保険協会（協会けんぽ）に届け出ている事業所と資料送付先・請求先等が異なる場合に提出してください。

令和 8 年度 全国健康保険協会（協会けんぽ）
生活習慣病予防健診請求先等事業所登録

全国健康保険協会（協会けんぽ）届出事業所

事業所名	
該当する番号に○をつけてください。	
1 FAX 送信先	2 資料送付先
3 請求先	4 その他（ ）

その他事業所 1

事業所名	
担当者名	
住 所	〒
TEL	
FAX	
該当する番号に○をつけてください。	
1 FAX 送信先	2 資料送付先
3 請求先	4 その他（ ）

その他事業所 2

事業所名	
担当者名	
住 所	〒
TEL	
FAX	
該当する番号に○をつけてください。	
1 FAX 送信先	2 資料送付先
3 請求先	4 その他（ ）