



新規購読申込書

FAX : 03 - 3581 - 6820

1. お申し込み者

お申し込み日	年 月 日		
ご住所 (国保新聞納品先)	〒 -		
名称	個人でお申し込みの方はお名前をご記入ください		
担当課名		ご担当者名	
電話番号	()	FAX 番号	()
E-mail アドレス			

2. ご購読開始時期(どちらか選択)

年 月 日号 ~ / これから発行する号 ~	
部数	部

3. ご請求書送付先(お申し込み者のご住所・名称と異なる場合のみご記入ください)

ご住所	〒 -		
名称			
担当課名		ご担当者名	

お預かりした個人情報は取り扱いに注意し、本件に関するこのみに使用いたします。

国民健康保険中央会
〒100-0014
東京都千代田区永田町 1-11-35
全国町村会館内
TEL 03-3581-6821(代表)
<https://www.kokuho.or.jp>