

令和 年 月 日

株式会社エム・エイチ・アイ  
営業部 行

### 点検サブシステム利用申込書

下記の内容で点検サブシステム利用の申し込みを致します。

#### 記

※は必須項目です。

組合コード（5桁）※		
保険者番号※	06	63
健康保険組合名※	組合印	
所在地※	〒	
ご契約者名※		
電話番号※		
FAX番号※		
ご担当者名※		
ご担当者メールアドレス		
ご利用開始年月※	令和	年 月
本体システムベンダ名※		
点検サブシステム利用本数※		

以上