

献血奨励事業



保 険 証		被保険者氏名	氏名(献血された方が被扶養者の場合)
記号	番号		
献血した日		献血の種類 <input checked="" type="checkbox"/> してください	
年	月	日	<input type="checkbox"/> 200ml献血 <input type="checkbox"/> 400ml献血 <input type="checkbox"/> 血漿成分献血 <input type="checkbox"/> 血小板成分献血
年	月	日	<input type="checkbox"/> 200ml献血 <input type="checkbox"/> 400ml献血 <input type="checkbox"/> 血漿成分献血 <input type="checkbox"/> 血小板成分献血
年	月	日	<input type="checkbox"/> 200ml献血 <input type="checkbox"/> 400ml献血 <input type="checkbox"/> 血漿成分献血 <input type="checkbox"/> 血小板成分献血
年	月	日	<input type="checkbox"/> 200ml献血 <input type="checkbox"/> 400ml献血 <input type="checkbox"/> 血漿成分献血 <input type="checkbox"/> 血小板成分献血
年	月	日	<input type="checkbox"/> 200ml献血 <input type="checkbox"/> 400ml献血 <input type="checkbox"/> 血漿成分献血 <input type="checkbox"/> 血小板成分献血

住 所 (送 付 先)
〒
電 話 番 号
メールアドレス

※お問い合わせする場合がございますので、必ず電話番号もしくはメールアドレスをご記入下さい。

▶ 送付先

〒612-8053 京都市伏見区東大手町763若由ビル3階 トータルビューティー健康保険組合

▶ お問い合わせ

電話番号 075-623-4153

メールアドレス tbk-main@totalbeauty.or.jp

添付するもの (どちらか一方)

- 献血カードの写し
- 検査結果の両面はがきの写し

受付印

常 務	事務長	担 当	担 当