健康保険委員さまに変更がある場合は届出願います。

機密性2

健康保険委員異動報告書

全国健康保険協会福島支部の健康保険委員を変更することを報告いたします。

郵便番号	―
事業所所在地 電話番号 事業所名称 事業主氏名	
辞任者氏名	

【新たに健康保険委員となっていただける方へ】

福島支部からご連絡を差し上げるにあたり、以下の内容をご記入下さいますようお願いいたします。

ご提出いただきました個人情報は全国健康保険協会個人情報管理規程に基づき、健康保険委員の事業及びメールマガジン会員登録以外に使用いたしません。

保険証の記号・番号	記号　　番号			
フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
部署・役職				
メールアドレス （メールマガジンを配信）	☐裏面の利用規約に同意し、下記アドレスでメールマガジンに申し込みます			
	e-mail			
健康事業所宣言の担当も変更する	☐変更される場合は☑を入れてください。			
社会保険委員会への情報提供	☐同意します （社会保険委員会から入会のご案内をさせていただきます。そのため、事業所の記号、健康保険委員氏名、事業の名称・住所・電話番号について情報提供させていただきます。）			
年金委員委嘱の有無	有 ・ 無	年金委員委嘱なしの場合、年金事務所からの案内の希望の有無	有 ・ 無	左記で希望有の場合は、健康保険委員氏名、事業所の名称・住所・電話番号について年金事務所へ情報提供させていただきます。
送付希望先	郵送物を事業所所在地欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			

【提出方法】

◎FAXにて変更のお届けが可能です。

FAX：024－523－3841

＜郵送される場合の宛先＞
〒960－8546
福島市栄町6－6　NBFユニックスビル8F
全国健康保険協会福島支部　企画総務グループ宛
TEL：024-523-3916