

健康保険委員交代・辞退届

平成 年 月 日

全国健康保険協会北海道支部長 殿

事業所 所在地
名称
代表者名 印
電話

下記の者は、健康保険委員を辞退いたしますので、解嘱をお願いします。

事業所記号番号			
記号			
辞退者氏名		生年月日	被保険者番号
フリガナ		昭和・平成	番号
氏名		年 月 日	

下記の者を、交代の健康保険委員として適任と認め、委嘱に同意します。

推薦者氏名		生年月日	被保険者番号	
フリガナ		昭和・平成	番号	
氏名		年 月 日		
役職名	社会保険事務に 対する経験年数	現在の事務内容		
		年		
電話		e-mail アドレス		