

健康保険委員変更届

健康保険委員に変更がある場合は、こちらをご記入いただき、本紙をそのままFAXまたはご郵送ください。

FAX: 029-303-2100

【1】現在、健康保険委員としてご登録いただいている方についてご記入ください。

(現)健康保険委員名
(フリガナ)
氏名 _____
解嘱理由等: _____
健康保険委員変更について届出しますので、解嘱をお願いします。
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【2】新たに健康保険委員としてご登録いただく方についてご記入ください。

(新)健康保険委員名
(フリガナ)
氏名 _____
生年月日 昭和・平成 年 月 日
e-mail メールマガジンを 月1回配信します @ _____
上記の者を、新たに当事業所の健康保険委員とすることに同意し、推薦します。
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所記号

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

連絡先