

健康保険委員登録書

下記の登録用紙にご記入いただき、本紙をそのままFAXで送信してください。登録処理が終わりましたら、後日「委嘱状」をお届けいたします。

FAX : 029-303-2100

健康保険委員登録用紙(複数名登録可能です)

健康保険証記号・番号	記号:	番号:
フリガナ		
氏名		
生年月日	S・H 年 月 日	性別 男性 ・ 女性
メールアドレス	別紙利用規約に同意の上、メールマガジンを申し込む @	
健康保険証記号・番号	記号:	番号:
フリガナ		
氏名		
生年月日	S・H 年 月 日	性別 男性 ・ 女性
メールアドレス	別紙利用規約に同意の上、メールマガジンを申し込む @	

上記のとおり、全国健康保険協会茨城支部の健康保険委員として登録することに同意します。

平成 年 月 日

〒

事業所所在地

事業所名称

連絡先

事業主氏名