

健康保険委員(辞退)届書

令和 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

電話番号

下記の者、当事業所の健康保険委員を辞退します。

記

	氏名	辞退理由
ふりがな 健康保険委員		
上記対象者様が、全国健康保険協会の加入者の場合は、健康保険証の記号・番号をご記入ください。	被保険者証の記号・番号	
	—	