

健康保険委員交代・辞退届

令和 年 月 日

全国健康保険協会群馬支部長 殿

事業所 名 称
所在地
代表者名
電 話

⑩

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

日本年金機構各年金事務所への情報提供に同意のうえ、交代の健康保険委員として下記の者の委嘱をお願いします。

事業所記号		被保険者番号	
推薦者氏名		生年月日	
フリガナ		昭和・平成 年 月 日	
氏名			
電話			

E-Mail _____ @ _____
協会けんぽ群馬支部では、お役立ち情報満載のメールマガジン（別紙の利用規約をお読みください）を配信しています。

健康保険委員のお申込は FAX または郵送で受付ができます。

FAX 番号 027-896-5210

〒371-8516 前橋市古市町1-50-22 JOMO スクエア 4 階
全国健康保険協会群馬支部 企画総務グループあて