

健康保険委員登録用紙

下記をご記入のうえ、FAX または郵送でご提出ください。

FAX の場合： 024-523-3841 / 郵送の場合： 同封の返信用封筒でご提出ください。

郵便番号・所在地 事業所名称		※健康保険委員に関する書類は、日本年金機構に届出されている事業所情報(適用所在地・事業所名称)に基づきお送りします。			
登録者	健康保険の記号・番号	事業所記号		番号	
	氏名(フリガナ) (※当該事業所の被保険者の方)			生年月日	昭和 年 月 日 平成
	部署・役職				
	メールマガジンの 配信希望	●利用規約に同意し、下記アドレスでメールマガジンの配信に申し込みます。 e-mail: _____ @ _____			
	年金事務所から、 年金委員委嘱の 案内希望の有無	有 ・ 無 希望有の場合は、健康保険委員氏名、事業所名称・住所電話番号について年金事務所へ情報提供させていただきます。			
任意回答	社会保険委員会 への情報提供	●同意いただける場合は、☑チェックをお願いします。 □ 同意します 社会保険委員会から入会のご案内をさせていただきます。同意いただいた場合、事業所の記号、健康保険委員氏名、事業所名称、住所、電話番号について社会保険委員会へ情報提供させていただきます			