

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: 029-224-3722

【1】現在、健康保険委員としてご登録いただけ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けている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

事業所名記号

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

連絡先