

# 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または郵送してください。

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: 029-224-3722**

## 健康保険委員登録者情報（複数名の登録も可能です）

1	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 ※メールマガジンを配信します。 (月1回程度)	@					
2	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 ※メールマガジンを配信します。 (月1回程度)	@					

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を登録します。

令和 年 月 日

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

連絡先

新