

辞退される場合は、ご記入のうえ、郵送またはFAXでご提出をお願いします。全国健康保険協会大分支部 FAX番号:097-573-5640

健康保険委員 辞退届

| | |
|----------------|---|
| 健康保険委員の 氏 名 | |
| 健康保険の 記号・番号 | — |

上記のとおり、健康保険委員の辞退について同意します。

令和 年 月 日

全国健康保険協会大分支部長 あて

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()