

就任を承諾いただける場合は、記入押印のうえ、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 申込書

全国健康保険協会大分支部の健康保険委員に就任することを承諾いたします。

ふ り が な	
氏 名	
健 康 保 険 の 記 号 ・ 番 号	—
所 属 部 署	
役 職	

上記のとおり全国健康保険協会大分支部の健康保険委員に就任すること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 ()