全国健康保険協会栃木支部評議会　評議員（被保険者）応募申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日・性別	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）　男・女
自宅住所 （電話番号）	〒 （電話番号：　　－　　－　　）

勤務先名称	
勤務先所在地 （電話番号）	〒 （電話番号：　　－　　－　　）
健康保険の記号・番号	記号：　　番号：
役職	

	年月（期間）	職歴など
自己略歴		
応募の動機		

【記入上の注意】
1．自薦によりますが、事業主の同意が得られる方に限ります。
2．自己略歴は、差し支えない範囲でご記入ください。
3．ご提出いただいた書類等については、返却いたしません。
4．応募にかかる費用（郵送費など）は、応募者様の負担となります。
5．ご記載いただいた個人情報に関しては、応募に関する問い合わせ及び選考のために利用し、それ以外に無断で使用することはありません。
6．この申込書は、令和 8 年 6 月 26 日（金）までに到着するよう、郵送または FAX により提出してください。

【提出先】　郵送：　〒320-8514　宇都宮市泉町 6-20 宇都宮 DI ビル 7 階
全国健康保険協会栃木支部　企画総務グループ
FAX：　028-616-1535