

健康保険委員交代・辞退届

令和 年 月 日

全国健康保険協会群馬支部長 殿

事業所 名 称

所在地

代表者名

電 話

印

下記の者は、健康保険委員を辞退いたしますので、解嘱をお願いします。

事業所記号		被保険者番号	
辞退者氏名		生年月日	
フリガナ		昭和・平成 年 月 日	
氏名			

下記の者を、交代の健康保険委員として適任と認め、委嘱に同意します。

事業所記号		被保険者番号	
推薦者氏名		生年月日	
フリガナ		昭和・平成 年 月 日	
氏名			
電話			

E-Mail _____ @ _____

協会けんぽ群馬支部では、お役立ち情報満載のメールマガジン（別紙の利用規約をお読みください）を配信しています。

メールマガジン配信を希望しない方は を記入してください。

健康保険委員のお申込は FAX または郵送で受付ができます。

FAX 番号 027-219-2106

〒371-8516 前橋市本町 2-2-12 前橋本町スクエアビル 4 階
全国健康保険協会群馬支部 企画総務グループあて