健康保険委員登録届

健康保険委員としてご登録いただける方をご記入いただき、本紙をＦＡＸまたは郵送してください。登録手続きが終わりましたら、後日「委嘱状」をお届けいたします。

ＦＡＸ：０９６－２４１－８３３０

健康保険委員登録者情報（複数名の登録も可能です）

※健康保険委員としてご登録いただける方は、協会けんぽの被保険者様に限ります。

1	健康保険証記号・番号	記号：　　番号：
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和　平成　　年　　月　　日
	所属部署および役職	
	メールアドレス※	@
2	健康保険証記号・番号	記号：　　番号：
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和　平成　　年　　月　　日
	所属部署および役職	
	メールアドレス※	@

※メールアドレスは、メールマガジンの
利用規約をご確認のうえご記入ください。
利用規約はこちら　▶▶▶

上記のとおり、全国健康保険協会熊本支部の健康保険委員を登録いたします。

令和　　年　　月　　日

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

連絡先