送付先（社労士事務所所在地、名称、連絡先）を記載してください。

〒　　－

電話番号　　－　　－

令和７年　　月　　日提出

全国健康保険協会＿＿＿＿支部

同意事業所一覧表

通番	事業所記号（数字） （健康保険証等に記載のもの）	事業所名称	備考