

健康保険委員届出事項変更届

(必須事項) 健康保険委員氏名 (現在委嘱されている)	(フリガナ)
-----------------------------------	-----------------

変更する項目番号を○で囲んで届出内容欄に変更事項をご記入ください。

番号	変更事項	変更後届出内容
1	氏名	(フリガナ)
2	所属部署	
3	役職名	
4	事業所名	
5	事業所住所	〒 -
6	連絡先電話番号	()
7	Eメールアドレス	@
健康保険委員の交替 (後任者推薦書 兼 本人承諾書)		
8	後任者氏名	全国健康保険協会栃木支部の健康保険委員に委嘱されることを承諾いたします。 (フリガナ)
	兼 承諾書	印
	自宅住所	〒 -
	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
	所属部署	
	役職名	
	以下の項目については前任者届出と変更がある場合にご記入願います。	
事業所住所	〒 -	
連絡先電話番号	()	
Eメールアドレス	@	
変更理由(該当に○)	1.人事異動 2.退職 3.その他()	

全国健康保険協会栃木支部長 殿

健康保険委員関係の変更事項について、上記のとおり届出いたします。

(※) 健康保険委員の交替の届出を行った場合には推薦の者が健康保険委員に委嘱されることを承認いたします。

平成 年 月 日

事業所住所

事業所名

事業主名

電話番号

()

印