**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５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）****（健康保険証に記載のもの）** | **事業所名称** | **備考** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |