

# 健康保険委員選任届

被保険者証記号		番 号	
ふりがな			役職及び所属部署
氏 名			
事業所	連絡先	〒 ー	
	電話番号	( )	
	F A X	( )	
	メールアドレス		
備 考			

※今後、保健事業の案内等を迅速に行えるようメールアドレス登録のご協力をお願いいたします。

上記の者を当事業所の健康保険委員として適任と認め選任します。

年 月 日

東京貨物運送健康保険組合  
理事長 浅井 隆 殿

事業所所在地

事業所名

事業主名

電話番号 ( )