

# 記入例

※赤枠の中をすべて記入してください。

|      |      |      |    |     |     |     |
|------|------|------|----|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 常務理事 | 事務局長 | 部長 | G 長 | G L | 扱 者 |
|      |      |      |    |     |     |     |

|                      |                |                        |         |                                                |         |                      |
|----------------------|----------------|------------------------|---------|------------------------------------------------|---------|----------------------|
| 保 険 証 の<br>記 号 一 番 号 | 4 5 — 2 5 3    | 健康保険委員・健康管理委員 台帳       |         | 受 付<br>番 号                                     | 号       |                      |
| 健康保険委員・健康管理委員の       | 氏 名            | 設 計 太 郎                |         | 性別                                             | 男・女     |                      |
|                      | 生年月日           | 昭和・平成 5 4 年 8 月 2 8 日生 |         | 所<br>属<br>し<br>て<br>い<br>る<br>事<br>業<br>所<br>の | 名 称     | 株式会社 ○○○設計           |
|                      | 事業所<br>での地位    | 総務課長                   |         |                                                | 所 在 地   | 東京都千代田区○○○ ○-○-○     |
|                      | 事業所<br>での職種    | 事 務                    |         |                                                | 電話番号    | 03 — 3404 — ○○○○ 番   |
|                      | メールアドレス        |                        |         |                                                | 被保険者数   | ○○ 名                 |
|                      | 資格取得<br>年 月 日  | 昭和・平成・令和 1 5 年 4 月 1 日 |         |                                                | 組合加入年月日 | 昭和・平成・令和 ○○年 ○ 月 ○ 日 |
|                      | 前任者の<br>記号番号   | —                      | 氏名      | 健康保険委員・健康管理委員推せん届                              |         |                      |
|                      | 変更事由           |                        |         | 左記の者は健康保険委員及び健康管理委員として適任と認められます<br>ので、推せんします。  |         |                      |
|                      | *資格喪失<br>年 月 日 | 年 月 日                  |         | 令和 年 月 日                                       |         |                      |
|                      | *<br>委嘱年月日     |                        |         | 全国設計事務所健康保険組合 理事長 殿                            |         |                      |
| *<br>解嘱年月日           |                |                        | 事業所の所在地 |                                                |         |                      |
| 備 考                  |                |                        | 事業所の名称  |                                                |         |                      |
|                      |                |                        | 事業主の氏名  |                                                |         |                      |

\*印欄は記入の必要がありません。

|      |      |      |    |    |     |    |
|------|------|------|----|----|-----|----|
| 常務理事 | 常務理事 | 事務局長 | 部長 | G長 | G L | 扱者 |
|      |      |      |    |    |     |    |

|                      |                |                |    |                                                                                                                                                             |                                                |         |                |            |  |   |  |  |
|----------------------|----------------|----------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------|----------------|------------|--|---|--|--|
| 保 險 証 の<br>記 号 一 番 号 |                | —              |    | <u>健康保険委員・健康管理委員 台帳</u>                                                                                                                                     |                                                |         |                | 受 付<br>番 号 |  | 号 |  |  |
| 健康保険委員・健康管理委員の       | 氏 名            | 性別 男・女         |    |                                                                                                                                                             | 所<br>属<br>し<br>て<br>い<br>る<br>事<br>業<br>所<br>の | 名 称     |                |            |  |   |  |  |
|                      | 生年月日           | 昭和・平成 年 月 日生   |    |                                                                                                                                                             |                                                | 所 在 地   |                |            |  |   |  |  |
|                      | 事業所<br>での地位    |                |    |                                                                                                                                                             |                                                | 電話番号    | — — 番          |            |  |   |  |  |
|                      | 事業所<br>での職種    |                |    |                                                                                                                                                             |                                                | 被保険者数   | 名              |            |  |   |  |  |
|                      | メールアドレス        |                |    |                                                                                                                                                             |                                                | 組合加入年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |            |  |   |  |  |
|                      | 資格取得<br>年 月 日  | 昭和・平成・令和 年 月 日 |    |                                                                                                                                                             |                                                | *全喪年月日  |                |            |  |   |  |  |
|                      | 前任者の<br>記号番号   | —              | 氏名 | <b>健康保険委員・健康管理委員推せん届</b><br><br>左記の者は健康保険委員及び健康管理委員として適任と認められます<br>ので、推せんします。<br><br>令和 年 月 日<br><br>全国設計事務所健康保険組合 理事長 殿<br><br>事業所の所在地<br>事業所の名称<br>事業主の氏名 |                                                |         |                |            |  |   |  |  |
|                      | 変更事由           |                |    |                                                                                                                                                             |                                                |         |                |            |  |   |  |  |
|                      | *資格喪失<br>年 月 日 | 年 月 日          |    |                                                                                                                                                             |                                                |         |                |            |  |   |  |  |
|                      | *<br>委嘱年月日     |                |    |                                                                                                                                                             |                                                |         |                |            |  |   |  |  |
|                      | *<br>解嘱年月日     |                |    |                                                                                                                                                             |                                                |         |                |            |  |   |  |  |
|                      | 備 考            |                |    |                                                                                                                                                             |                                                |         |                |            |  |   |  |  |