

## 事業所・健保組合等の連絡先届

選択 非選択 事業所は下記の通りとなります（該当する方に☑をしてください）

フリガナ	
被保険者氏名	
記号 - 番号	当該事業所が選択事業所の場合にご記入ください —
フリガナ	
事業所名称	
事業所所在地	〒 -
連絡先	☎ ( )
フリガナ	
事業所担当者名	
昇給月	月昇給予定
賞与支給月	月・月・月・月 回支給予定

※ 「事業所・健保組合等の連絡先届」は、それぞれの事業所毎に1枚ずつご提出ください

※ 非選択事業所様につきましては、当組合より昇給月・賞与支給月の支給額確認の為連絡させていただきますので、ご了承ください

## 加入している健保組合等

上記事業所が加入している健康保険組合等は下記の通りとなります

健保組合等名称	
所在地	〒 -
連絡先	☎ ( )
フリガナ	
健保担当者名	担当者をご存じでしたらご記入下さい

令和 年 月 日