

| |
|------------|
| 同意事業所一覧表通番 |
| |

同 意 書

全国健康保険協会より送付される、当事業所の被扶養者状況リストについては、当事業所が社会保険関係の業務委託を行っている（_____）に直接送付することに同意いたします。

全国健康保険協会 _____ 支部長 殿

平成 年 月 日

事業所整理記号 _____ (数字)

事業所名称 _____

事業所所在地 _____

事業主名 _____ 印

連絡先電話番号 _____ ()

【ご注意ください】

この同意書の内容は、事業主がこの同意について取り消す旨の意向が全国健康保険協会に伝わらない限り有効となります。