

事業主代理人 選任 届 解任

健康保険被保険者 証の記号	〇〇〇—〇〇〇〇				
事業主	(事業所名) 〇〇〇〇株式会社	(所在地) 〇〇県〇〇市△△△9-9			
代理人	氏名	〇〇 〇〇	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	事業主 との関係	〇〇
	住所	△△県△△市△△9-9	選任 解任 した日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
代理人が行うべき 事項の範囲	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				

平成 年 月 日

事業主 住所

川崎汽船健康保険組合

氏名

㊞

理事長 明珍 幸一 殿

- (注) 1. 事業主が健康保険、厚生年金保険の事務について、代理人を選任（解任）したときに5日以内に提出する。
2. 標題に選任、解任の文字は不要なものを抹消する。