

年 月 日

ダイダン健康保険組合
常務理事 様

事業所名称

事業主氏名

⑩

健康保険社保担当者推薦（変更）届

当事業所における社保担当者を下記のとおり推薦（変更）届出します。

記

		担当者氏名	事業所における 職場および職務	前項の 経験年数	社保業務の 経験年数
新規推薦		正			
		副			
交替の 場合	変更前	正			
		副			
	変更後	正			
		副			
新規または 交替の年月日		年 月 日 から			
交 替 の 理 由					

（注）推薦は正副併せて2名までとし、事業所規模によって正1名でも可

以上