令和　　年　　月　　日

西武健康保険組合理事長殿

所　在　地
名　　称
事業主名

事業主代理人 選任／解任 届

下記のとおり事業主代理人を選任・解任したいのでお届けいたします。

記

事業所の記号		
事業所の名称		
選任	職　名	
	氏　名	
解任	職　名	
	氏　名	
選任・解任年月日		令和　　年　　月　　日

＜記入上の注意＞
新規加入事業所は、選任のみ記入してください。

T10-202105
健保受付年月日