令和　　　年　　　月　　　日

全国印刷工業健康保険組合　理事長　殿

〒　　　‐

被保険者・被扶養者適用データ一覧表提供申出書

1. 提供依頼帳票（帳票名に〇を付けてください）※対象者は取得（認定）中の方のみ

|  |  |
| --- | --- |
| 帳票名 | 記載項目 |
| （被保険者）  登録台帳 | 氏名・性別・生年月日・取得年月日・標準報酬月額 |
| 被保険者・被扶養者  一覧表 | 氏名・性別・続柄・生年月日・取得（認定）年月日 |
| 被保険者・被扶養者  住所一覧表 | 氏名・性別・続柄・生年月日・  取得（認定）年月日・郵便番号・住所 |
| その他  ご記入ください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※データによっては提供できない場合があります。 |

1. 使用目的
2. 事業所記号
3. 問い合せ先

℡

（ご担当者氏名：　　　　　　　　　）

※社会保険労務士等、代理で申請する場合は下記にご記入ください

代理提供に係る同意書

健康保険組合から提供される上記一覧表について、当事業所が社会保険関係の委託を行っている　　　　　　　　　　　　　　　が、当該一覧表を健康保険組合より受け取ることについて同意します。なお、送付の場合は、以下の住所に送付願います。

|  |
| --- |
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
|  |

【送付先】

〒　　　‐

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電話番号 | 〒 |