

令和 年 月 日

野村健康保険組合 殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

事業主代理人使用印鑑届

事業所名称

役職名

氏名

_____の事業主代理人_____

の使用印鑑を下記の通りお届けします。

記

事業主代理人使用印鑑	
------------	--