



## 非選択事業所に係る回答書

被保険者 記号－番号	—	
被保険者 氏名・性別		1. 男 2. 女
被保険者 生年月日	昭和・平成	年 月 日
非選択保険者名称 (保険組合名称)		
非選択保険者所在地	〒 — 電話 ( )	
資格取得日	令和	年 月 日
標準報酬月額に かかる報酬月額	円	
非選択事業所名称		
非選択事業所 本社所在地	〒 — 電話 ( )	

上記のとおり、回答いたします。

令和 年 月 日

回答者  
(被保険者)

印