

非常勤職員確認書（組合員用）

組 合 員 名		
記 号 番 号		
勤 務 先 名		
常勤（フルタイム）職員の 1週の勤務時間 及び1月の勤務日数	時間／1週	日／1月
組合員の1週の勤務時間 及び1月の勤務日数	時間／1週	日／1月
<p>以上の記載について相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様</p>		

組合員連絡先	TEL () <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他〔 〕
保険証等送付希望先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先

(注) この用紙は社会保険適用事業所において非常勤勤務となる組合員本人が記入してください。勤務先の証明は不要です。 HP