適用事業所 所在地・名称 変更届

健康保険

厚生年金保険

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事　決 裁 | |  | | | |
|  | 日付印 | 事務局長 | 部　長 | 課長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届書コード   |  | | --- | | 社保委員  等の検印 | |  | | | | | | | 処理区分 | | | | | | 届書 |  | | | | | | |
| １ | | ０ | | ５ | | ※ | |  | |  | |
| 変更前 | ①健康保険被保険者の記号  (年金整理番号) | | | | | | | | | | | ②事業所番号  (保険料納入告知書の番号) | | | | | 送信 | ㋐事業所名称 |  |
| ※ | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  | ㋑事業所所在地 | 〒 |
|  | |  | |

◎｢※｣欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更後 | ㋒変更年月日 | | | | | | | | ③健康保険被保険者の記号  (年金整理番号) | | | | | | | | ㋓事業所番号  (保険料納入告知書の番号) | | | | | | | | | ④事業所  　名称 | | フリガナ |  | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | ※ | |  | |  |  |  | | ※ | | |  | |  | |  |  |  | | | | |
|  |  |
| ⑤郵便番号 | | | | | | | | ⑥事業所  　所在地 | | | 区市町村  コード | | | | ※ | | |  | |  | | フリガナ |  | | | | | | | | |
|  |  |  | － |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦事業所の電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | ⑧健康保険被保険者の  要 ・ 不要 | | | | | | | | | ※  要 　0  不要　1 | | | 送信 | ㋔変更事由 |  |

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電話 | 〒　　　　－  　　　　　　　( 　　　　　)　　　　　　　番 |

|  |  |
| --- | --- |
| 社会保険労務士の提出代行者印 |  |