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 |  |