正

◎「※」印欄は記入しないでください。

健康保険 適用事業所 □所在地 □名称 変更（訂正）届

常務理事	事務長	課長	調整官	係長	扱者

変更前

健康保険被保険者証の記号（年金整理番号）	事業所番号（保険料納入告知書の番号）	事業所名称	
※		事業所所在地	〒　－

変更後

変更年月日	健康保険被保険者証の記号（年金整理番号）	事業所番号（保険料納入告知書の番号）	事業所名称	フリガナ	
令和　年　月　日	※	※			
郵便番号	事業所所在地	区市町村コード ※	フリガナ		
－					
事業所の電話番号		健康保険被保険者証の要・不要	※ 要 0 ・ 不要 1	変更事由	

事業所所在地　〒　－

事業所名称

事業主氏名

電話　（　）局　番

令和　年　月　日　提出　　受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	

令和3年4月改

正

◎「※」印欄は記入しないでください。

健　康　保　険　　**適用事業所関係変更(訂正)届**

常務理事	事務長	課　長	調整官	係　長	扱　者

健康保険被保険者証の記号（年金整理番号）	事　業　所　番　号（保険料納入告知書の番号）
※	

届出の種類（該当事項を○で囲んでください）		事　項	変　更　後		変　更　前		変更年月日	変更の事由	備　考
	1	事業主（または代表者）の住所変更	〒　－		〒　－		令和　年　月　日　変更		
	2	事業主（または代表者）の変更（個人経営を除く）	（フリガナ）		（フリガナ）				
			（氏）	（名）	（氏）	（名）			
	3	事業主代理人の選任・解任	（氏）	（名）	（氏）	（名）			
			(住所)〒　－		(住所)〒　－				
	4	事業所の電話番号の変更	Tel Fax		Tel Fax				

事業所所在地　〒　－

事業所名称

事業主氏名

電話　（　）局　番

令和　年　月　日　提出　　受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	

令和3年4月改