

正

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

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号 (年金整理番号)	②事業所番号 (保険料納入告知書の番号)
※	

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 平成 年 月 日 変更	変更の事由	備考	
	1	事業主(または代表者)の住所変更	〒 -		〒 -				
	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)				
			⑩(氏)	(名)	(氏)				(名)
	3	事業主代理人の選任・解任	(氏)	(名)	⑭事業主代理人				(氏)
		(住所)〒 -		(住所)〒 -					
4	事業所の電話番号の変更	⑧ Tel		Tel					
		Fax		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