

基

健康保険 厚生年金保険 適用事業所 所在地 名称 変更(訂正)届(管轄内)

常務	事務長	課長	係長	主任	係	規約	原簿
----	-----	----	----	----	---	----	----

事業所番号		① 事業所の記号		② 事業所番号(告知番号)		⑦ 事業所名称			
*						⑧ 事業所所在地		〒 -	
⑨ 変更年月日		③ 事業所の記号		④* 事業所番号(告知番号)		④ 事業所名称		フリガナ	
平成 年 月 日		*							
⑤ 郵便番号		⑥ 事業所所在地		* 市区町村コード		フリガナ			
⑦ 事業所の電話番号				⑧* 健康保険被保険者証の不要		⑨ 変更事由			

見本

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
※欄は記入しないでください。

平成 年 月 日 提出

社会保険労務士 氏名・印	⑩
-----------------	---

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	⑪
電 話	(局) 番