

健康保険 適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届

常務理事	事務長	課長	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号											受付印
	事業所所在地	〒 -										
	事業所名称											
	事業主氏名											
電話番号	()											
												社会保険労務士記載欄
												氏 名 等

※該当する数字をすべて○で囲んでください。

変更区分	1. 事業所名称の変更
	2. 事業所所在地の変更

変更前	① 事業所名称										
	② 事業所所在地	〒 - 都道府県									

変更後	③ 変更年月日	9		年			月				日			
	④ 事業所名称	(フリガナ)												
	⑤ 事業所所在地	〒 - (フリガナ) 都道府県												
	⑥ 電話番号													
	⑦ 変更理由													
	⑧ 口座振替の継続	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。						⑨ 振替口座の変更						
		1. 継続する ※「1. 継続する」を希望される場合、 ⑨振替口座の変更も記入してください。 2. 継続しない						1. 変更なし 2. 変更あり ※口座番号、口座名義等に変更がある場合、再度『保険料預金口座振替納付(変更)申出書』を提出してください。						