

健康保険 適用事業所 所在地 名称 変更(訂正)届 (管轄外)

| | | | |
|------|-----|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | | | |

| | | | | | | |
|---|-----|-----------|--------------------------|------------------------|--------|-----------------------------|
| 正 | 変更前 | 社会保険事務所符号 | 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 | 〇〇〇〇株式会社 |
| | | | | 1 2 3 4 | 事業所所在地 | 〒123-4567 〇〇府〇〇区〇〇町〇〇番〇〇 |

「」印欄は記入しないで下さい。

| | | | | | |
|-----|-----------------|--------------------------|------------------------|-------|----------------|
| 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) | フリガナ | カブシキガイシャ |
| | 平成 年 03月 01日 | | | 事業所名称 | 株式会社 |
| | 郵便番号 | 事業所所在地 | 区市町村 コード | フリガナ | ケン シ チョウ バン ゴウ |
| | 7 6 5 4 3 2 1 | | | | 県 市 町 番 号 |
| | 事業所の 電話番号 | 0 1 1 2 2 2 3 3 3 3 | 健康保険被保険 者証の要・不要 | 要・不要 | 変更事由 |

| | |
|--------|----------------------|
| 事業所所在地 | 〒 765 - 4321 |
| 事業所名称 | 県 市 町 番 号 |
| 事業主氏名 | 株式会社 |
| 電話 | 011 (222 局) 3333 番 |

(印)

平成 年 月 日提出

| |
|-----|
| 受付印 |
| |

健康保険 適用事業所 所在地 変更(訂正)届 (管轄外)
 名称

1枚目と同様に記入してください。

| | | | | | | |
|-----|--------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------|-----|
| 正 | 変更前 | 社会保険事務所符号 | 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) | フリガナ | 事業所名称 | |
| | 平成 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・不要 | 変更事由 | |

| | |
|--------|-----------|
| 事業所所在地 | 〒 - |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話 | (局) 番 印 |

平成 年 月 日提出

フリガナは記入しないで下さい