

健康保険事業所関係変更(訂正)届(処理票)

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	主任	係員

◎ 印刷欄は記入しないでください。

届書コード	届書	① 健康保険被保険者証の記号 (年金整理記号)	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	送信
104				

届出の種類 (該当事項を○で囲むこと)	事項	変更後	変更前	変更年月日	変更の事由	備考
	1	⑦事業主(または代表者)の住所変更	〒 -			
2	⑩事業主(または代表者)の変更(個人経営者を除く)	(氏) (名) フリガナ	(氏) (名) フリガナ	令和 年 月 日		
3	事業主代理人の選任・解任	⑪(氏) (名) ⑫(住所) 〒 -	⑪(氏) (名) ⑫(住所) 〒 -			
		⑬(選任年月日) 平成・令和 年 月 日選任	⑭(解任年月日) 平成・令和 年 月 日解任			
4	事業所の事業の種類の変更	⑮※業態区分				
5	⑧事業所の電話番号の変更					

⑥※適用区分	⑫※全喪原因
強制0・任包1・任単2・国等の事業所(4を除く)3 ・債権管理法適用除外事業所4	解散1・休業2・合併3・任包脱退認可4・認喪5・その他7

⑭昇給月	⑮賞与等支払予定月	⑯現物給与の種類
1回目 2回目 3回目 4回目	1回目 2回目 3回目 4回目	食事1・住宅2・被服3 ・定期券4・その他5 ()

⑰算定届用紙作成	⑱賞与届用紙作成	⑲提出形態表示	⑳社会保険労務士コード	㉑社会保険労務士名
要0 不要1	要0 不要1	無# 有1		(氏) (名)

㉒社会保険委員名1	㉓社会保険委員名2
(氏) (名)	(氏) (名)
(フリガナ)	(フリガナ)

㉔健康保険組合名	送信
税務会計監査事務所健康保険組合	
(フリガナ) ゼイムカイケイカンサジムシヨケンコウホケンクミアイ	

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話	() 局 番

年 月 日提出 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

税務会計監査事務所健康保険組合