

届書コード	処理区分	届書
1 0 5 ※		

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	主任	係員

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)

変更前	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	⑦事業所名称	
				⑧事業所所在地	〒 -
変更後	⑦ 変 更 年 月 日		③※健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	⑤※事業所番号(保険料納入告知書の番号)	④ 事業所名称
	平成 令和	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 変更事由		

◎事業所の所在地、名称(個人事業所であるときは、事業主の氏名の変更があった場合は、変更日から5日以内に届出てください。)

【添付書類】 法人事業所は法人登記簿謄本を、個人事業所は事業主の住民票の写しを添付してください。

なお、登記簿上の所在地と事業をおこなっている所在地が異なる場合は、所在地の確認できる書類(賃貸契約書の写し等)を併せて添付してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電 話	(局) 番
社会保険労務士の提出代行者印	印

年 月 日 提出

受付日付印

税務会計監査事務所健康保険組合