

# 健康保険 事業所関係変更(訂正)届

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

事業主記入欄	健保証記号		
	事業所所在地	〒	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話	( )	

供覧 会計係

受付印

確認印

社会保険労務士の提出代行者

変更・訂正区分	1. 事業主変更
	2. 事業主住所変更
	3. 代理人の選任・解任
	4. 事業所の電話番号変更
	5. 法人番号変更・訂正

- ◎ 左記区分の該当する数字すべてに○をして下さい。
- ◎ 事業主の自宅住所・電話番号は緊急連絡先となっておりますので必ず記入して下さい。(携帯電話も可)
- ◎ 事業主の住所変更で事業主が被保険者のときは、「被保険者住所変更届」も併せてご提出ください。

変更日	年	月	日
-----	---	---	---

変更・訂正前	① フリガナ 氏名		② 事業主の自宅住所・電話番号	
			〒	
			TEL ( )	
	③ 代理人氏名		④ 事業所電話番号	( )
	⑤ 法人番号		備考	

変更・訂正後	① フリガナ 氏名		② 事業主の自宅住所・電話番号	
			〒	
			TEL ( )	
	③ 代理人氏名		④ 事業所電話番号	( )
	⑤ 法人番号		備考	