

適用事業所 名称/所在地 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。

提出者記入欄	健康保険被保険者記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

供覧

総務部長	各課長
各課長補佐	総務係
保健事業課	会計係

受付印	確認印
-----	-----

◎ 下記区分の該当する数字すべてに○をして下さい。

変更区分	1. 事業所名称の変更
	2. 事業所所在地の変更

社会保険労務士記載欄

氏名等

変更前	①事業所名称	
	②事業所所在地	〒

変更後	③ フリガナ 事業所名称		④ 事業所所在地	
			〒	
	⑤変更年月日	年 月 日	⑥事業所電話番号	()
	⑦変更理由			

～ 添付書類 ～

◎ 名称変更・所在地変更共通 : 履歴事項全部証明書のコピー

※この届書の提出日から、さかのぼって90日以内に発行されたものを添付してください。
 ※所在地変更の場合で、履歴事項全部証明書の所在地と事業を行っている場所が異なる場合は「所在地の確認できる書類(賃貸借契約書のコピー等)」を添付してください。