

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	健康保険被保険者記号		〒	供 覧 会 計 係	
	事業所所在地			受 付 印	確 認 印
	事業所名称				
	事業主氏名				
	電話	()			

変更・訂正区	1. 事業主変更	社会保険労務士の提出代行者
	2. 事業主住所変更 <small>(被保険者の場合は「被保険者住所変更届」もご提出ください)</small>	
	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)

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	