

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 各課長	
			受付印	確認印

◎ 下記区分の該当する数字に○をして下さい。

変更区分	1. 資格確認書・決定通知書の送付先
	2. 納入告知書の送付先 (下記添付書類要)

社会保険労務士の提出代行者

変更前	①事業所名称	
	②事業所所在地	〒

変更後	フリガナ	④送付先住所		
	③ 送付先名称	〒		
	⑤事務担当者氏名	⑥送付先電話番号	( )	
	⑦変更理由			

◎ 納入告知書の送付先を変更する場合は「事業所名及び所在地が分かる書類の写し(公共料金の領収証等)」を添付してください。

◎ この届出は健康保険のみの変更となります。厚生年金等は直接お問い合わせください。