

|      |     |    |    |      |    |    |   |
|------|-----|----|----|------|----|----|---|
| 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。