

# 健康保険 事業所関係変更(訂正)届(処理票)

事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	主任	係員

◎「※」印欄は記入しないでください。

届書コード	届書	① 健康保険被保険者証の記号 (年金整理記号)	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	送信
1 0 4				

届出の種類 (該当事項を○で囲むこと)	事項	変更後	変更前	変更年月日	変更の事由	備考	
	1	⑦事業主(または代表者)の住所変更	〒 -				〒 -
	2	⑩事業主(または代表者)の変更(個人経営者を除く)	(氏) (名) フリガナ				(氏) (名) フリガナ
	3	事業主代理人の選任・解任	(氏) ① (名) ② (住所) 〒 -				(氏) (名) (住所) 〒 -
	4	事業所の事業の種類の変更	④※業態区分				
	5	⑧事業所の電話番号の変更					
	③選(解)任年月日	平成 年 月 日選任	平成 年 月 日解任				

⑥※ 適用区分				⑫※ 全喪原因			
強制0・任包1・任単2・国等の事業所(4を除く)3 ・債権管理法適用除外事業所4				解散1・休業2・合併3・任包脱退認可4・認喪5・その他7			
⑭ 昇給月		⑩ 賞与等支払予定月		⑬ 現物給与の種類			
1回目	2回目	3回目	4回目	1回目	2回目	3回目	4回目
月	月	月	月	月	月	月	月
				食事1・住宅2・被服3 ・定期券4・その他5 ( )			
③算定届用紙作成	⑤賞与届用紙作成	③提出※形態表示	④ 社会保険労務士コード	⑪ 社会保険労務士名			
要0 不要1	要0 不要1	無# 有1		(氏) (名)			
⑨ 社会保険委員名1				① 社会保険委員名2			
(氏) (名)				(氏) (名)			
(フリガナ)				(フリガナ)			
⑧ 健康保険組合名							
税務会計監査事務所 健康保険組合							
(フリガナ) ゼイムカイケイカンサジムショケンコウホケンクミアイ							

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話	( ) (局) 番

平成 年 月 日提出 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

税務会計監査事務所健康保険組合