

届書コード	処理区分	届書
1 1 0	*	

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	主任	係員

健康保険 厚生年金保険 適用事業所 所在地名称 変更(訂正)届(管轄外)

変更前	① 社会保険事務所符号	② 健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	③ 事業所番号(保険料納入告知書の番号)	送信	⑦ 事業所名称	
	*	*			① 事業所所在地	〒 -

変更後	④ 事業開始年月日		⑤ ※ 健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	⑥ ※ 事業所番号(保険料納入告知書の番号)	⑥ 事業所名称	フリガナ	
	平成	年	月	日			
	令和						
	⑦ 郵便番号	⑧ 事業所所在地	※ 市区町村コード	フリガナ			
	⑨ 事業所の電話番号			⑩ 変更事由			

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電話	() 局 番

社会保険労務士の提出代行者印	Ⓜ
----------------	---

年 月 日 提出

受付日付印

税務会計監査事務所健康保険組合

◎印欄は記入しないでください。
 ◎事業所の所在地、名称(個人事業所であるときは、事業主の氏名の変更があった場合は、変更日から5日以内に届出てください。
 【添付書類】 法人事業所は法人登記簿謄本を、個人事業所は事業主の住民票の写しを添付してください。
 なお、登記簿上の所在地と事業をおこなっている所在地が異なる場合は、所在地の確認できる書類(賃貸契約書の写し等)を併せて添付してください。