

健康保険適用事業所所在地名称変更（訂正）届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

①事業所記号

変更前	②事業所名称	
	③事業所所在地	〒 —

変更後	④変更年月日	⑤事業所名称	フリガナ	
	令和 年 月 日		フリガナ	
⑥郵便番号	⑦事業所所在地	市区町村コード	フリガナ	
		フリガナ		
⑧事業所の電話番号	⑨変更事由			

◎記入の方法は2枚目をご覧ください。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主名	
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

〔注意事項〕

1. 事業所の所在地または名称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。
2. この届出書には、法人登記簿謄本のコピーを添付してください。

〔記入の方法〕

1. この届書は、所在地または名称を変更した場合に提出するもので、所在地のみを変更した場合は標題の「所在地」の文字を、名称のみを変更した場合は「名称」の文字を、所在地および名称の両方が変更になった場合は「所在地」および「名称」の両方をそれぞれ○印で囲んでください。
2. ①欄は新規適用時または健保組合編入時に付された番号を記入してください。
3. ⑤の事業所名称のフリガナは、株式会社を(カ)、有限会社を(ユ)と略して記入してください。
ただし、前記以外の法人については、そのままフリガナを記入してください。名称に変更がない場合は記入の必要はありません。
4. ⑧欄は、市外局番から正確に記入してください。