

様式コード			
2	1	0	5

専務理事	常務理事	事務局長	部・室長	課長	係長	係

健康保険 厚生年金保険 適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届 【 管轄内・管轄外 】

※該当するどちらかに○をつけてください。

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

※該当する数字をすべて○で囲んでください。

変更区分	1. 事業所名称の変更
	2. 事業所所在地の変更

変更前	① 事業所名称	
	② 事業所所在地	〒 ー 都道府県

変更後	③ 変更年月日	9. 令和 年 月 日
	④ 事業所名称	(フリガナ)
	⑤ 事業所所在地	〒 ー (フリガナ) 都道府県
	⑥ 電話番号	
	⑦ 変更理由	
	⑧ 口座振替の継続	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 継続する ※「1. 継続する」を希望される場合、 ⑨振替口座の変更も記入してください。 2. 継続しない ※「1. 継続しない」を希望される場合、 必ず健保組合へご連絡をお願いします。
	⑨ 振替口座の変更	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 変更なし 2. 変更あり ※口座番号、口座名義等に変更がある場合、再度『預金口座振替依頼書』を提出してください。

