

常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者

健康保険 適用事業所 名称／所在地（訂正）届

年 月 日 提出

受 付 印

提出者記入欄	健康保険の記号					
	事業所所在地	〒				
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話番号					

社会保険労務士記載欄
印

※該当する数字を○で囲んでください。

変更区分	1. 事業所名称のみ変更
	2. 事業所所在地のみ変更
	3. 事業所名称及び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	〒	—	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	〒	—	(フリガナ)	都 道 府 県						
	⑥ 電話番号	()									
	⑦ 口座振替の継続	1. 継続する ※「1. 継続する」を希望する場合、 ⑧口座振替の変更も記入してください。 2. 継続しない				⑧ 口座振替の変更	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『保険料口座振替納付（変更）申出書』を 提出してください。				

〔記入方法〕

変更前	① 名称に変更がない場合は記入の必要はありません。 ② 事業所所在地に変更がない場合は記入の必要はありません。
変更後	④ 名称変更を行った場合に記入してください。名称に変更がない場合は記入の必要はありません。 ⑤ 所在地変更を行った場合に記入してください。所在地に変更がない場合は記入の必要はありません。 ⑥ 電話番号に変更がある場合は記入してください。

〔添付書類〕

名称変更	本届出を2部ご提出ください。また、登記簿謄本を添付ください。
所在地変更	年金事務所の管轄が変更される場合には、本届出を2部ご提出ください。また、登記簿謄本を添付ください。