

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 郵送先変更（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. 郵送先のみ変更
	2. 告知書のみ変更
	3. 郵送先・告知書の変更

変更前	① 郵送先事業所名称					
	② 郵送先事業所所在地	〒	—	(フリガナ) 都 道 府 県		

変更後	③ 変更年月日	9. 令和		年		月		日		
	④ 郵送先事業所名称	(フリガナ)								
	⑤ 郵送先事業所所在地	〒	—	(フリガナ) 都 道 府 県						
	⑥ 電話番号	()								
	⑦ 変更事由									

- 〔注意事項〕
- この届出用紙は郵送先のみを変更することができます。移転等による事業所所在地変更の届出用紙ではありません。所在地を変更する場合は、「適用事業所 所在地変更（訂正）届」をご使用ください。
- 〔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 変更前の郵送先所在地が、事業所所在地と同じ場合は記入の必要はありません。 |
| 変 更 後 | ④ 郵送先の宛名をご記入ください。事業所名称と変わらない場合は記入の必要はありません。
⑥ 電話番号は健康保険事務担当者とのご連絡先が事業所所在地の電話番号と異なる場合はご記入ください。
⑦ 変更を届け出る理由を具体的にご記入ください。 |