健康保険 適用事業所 所在地 変更(訂正)届(管轄内・管轄外)
 名称

部長	課長	課長代理	チーフ	係

社保委員
等の検印

届書コード	処理区分
1 0 5	※

届書

変更前	① 健康保険被保険者等記号	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	⑦ 事業所名称
	※		⑧ 事業所所在地

送信

正

◎ ※印欄は記入しないでください。

変更後	⑨ 変更年月日	③ 健康保険被保険者等記号	⑩ 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	④ 事業所名称	フリガナ
	令和 年 月 日	※	※		
	⑤ 郵便番号	⑥ 事業所所在地	区市町村コード	フリガナ	
	—				
	⑦ 事業所の電話番号		⑪ 変更事由		

送信

〒 —

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

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名

[注意事項]

1. 事業所の所在地、名称(個人企業である時は、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。
2. 提出する社会保険事務所は、変更前の所在地を管轄する社会保険事務所となります。

[記入の方法]

1. この届書は、所在地(または住所)を変更した場合に提出するもので、所在地(または住所)のみを変更した場合は標題の「所在地」の文字を、名称および所在地(または住所)の両方が変更になった場合は「所在地」および「名称」の両文字をそれぞれ○印で囲んでください。
2. 厚生年金保険のみ適用になっている事業所については、標題の「厚生年金保険」の文字を○印で囲んでください。
3. ②および③欄は、「被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書」に記載されている「健康保険被保険者等記号」および「事業所番号(保険料納入告知書の番号)」を記入してください。
4. ⑤の事業所名称のフリガナは、株式会社を(カ)、合名会社を(メ)、合資会社を(シ)および有限会社を(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。
5. ⑦欄は、市外局番から正確に記入してください。