

決裁日付印

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

届書コード	処理区分	届書
104	*	

## 健康保険 適用事業所所在地 変更(訂正)届

正

変更前	健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	事業所番号(保険料納入告知書の番号)	送信	事業所名称	〒 _____
				事業所所在地	_____

「」印欄は記入しないでください。

変更後	変更年月日		健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	事業所番号(保険料納入告知書の番号)	フリガナ	事業所名	〒 _____
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	*	*	*			フリガナ
郵便番号	_____	事業所所在地	市区町村コード	*	フリガナ	_____	_____
事業所の電話番号	_____	健康保険被保険者証の要・不要	※要 0 ・ 不要 1	送信	変更事由		

〒 \_\_\_\_\_

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ㊟

電話 ( \_\_\_\_\_ )

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 ㊟

健康保険 適用事業所 所在地名称 変更(訂正)届

副

変更前	健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)		事業所番号(保険料納入告知書の番号)		事業所名称	〒 _____	
						事業所所在地	

「」印欄は記入しないでください。

変更後	変更年月日		健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)		事業所番号(保険料納入告知書の番号)		フリガナ	事業所名
	平成	年	月	日	*	*		
	郵便番号	〒 _____		事業所	市区町村コード	*	フリガナ	
	事業所の電話番号	_____				健康保険被保険者証の要・不要	※要 0 不要 1	変更事由

〒 \_\_\_\_\_

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ( \_\_\_\_\_ )

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

決裁日付印

所長	次長	課長	係長	係員

届書コード	処理区分	届書
104	*	

**厚生年金保険 適用事業所所在地変更(訂正)届 (管轄内)**

正

変更前	健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	事業所番号(保険料納入告知書の番号)	送信	事業所名称	
				事業所所在地	〒 ー

「印欄は記入しないでください。」

変更後	変更年月日	健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	事業所番号(保険料納入告知書の番号)	フリガナ	
	平成 年 月 日	*	*	事業所名	
	郵便番号	事業所	市区町村コード	フリガナ	
	事業所の電話番号		健康保険被保険者証の要・不要	※要 0 不要 1	送信 変更事由

〒 ー

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 ( )

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 (印)

決裁日付印

所長	次長	課長	係長	係員

届書コード	処理区分	届書
104	*	

**厚生年金保険 適用事業所所在地変更(訂正)届 (管轄外)**

正

変更前	健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	事業所番号(保険料納入告知書の番号)	送信	事業所名称	
				事業所所在地	〒 ー

「印欄は記入しないでください。」

変更後	変更年月日	健康保険被保険者証の記号(年金整理記号)	事業所番号(保険料納入告知書の番号)	フリガナ	
	平成 年 月 日	*	*	事業所名	
	郵便番号	事業所	市区町村コード	フリガナ	
	事業所の電話番号		健康保険被保険者証の要・不要	※要 0 不要 1	送信 変更事由

〒 ー

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 ( )

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 (印)