|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届書コード | | | 処理区分 | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 事務ｾﾝﾀｰ長  所　　　長 | 副事務ｾﾝﾀｰ長  副 所 長 | グループ長  課　　　長 | 担 当 者 | |  |  |  |  | |
| 1 | 0 | 5 |  |  |  |

**健康保険**

**厚生年金保険**

**所在地**

**名　称**

**適用事業所**　　　 **変更(訂正)届(管轄内)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変  ◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。  ◎「※」印欄は記入しないでください。  更  前 | ①事業所整理記号 | | | | | | | | | | | | | | | | | ②事 業 所 番 号 | | | | | | | | |  | | | | 事業所名称 | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | 事業所所在地 | | | | | | | 〒　　　 － | | | | | | |
|  | ※ |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 変  更  後 | 変　 更　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ③※事業所整理記号 | | | | | | | | | | | | | | | ※事業所番号 | | | | ④  事業所名称 | | | フ  リ  ガ  ナ |  | |
|  | 平7  令9 | |  | | | 年 | | |  | | | | 月 | | |  | | | 日 |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |
|  | ⑤  郵便  番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ⑥  事業所  所在地 | | ※市区町村  コ ー ド | | | |  | | | | | | | | | フ  リ  ガ  ナ |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⑦  事業所の  電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑧※  健康保険  被保険者証  の不要 |  | | |  | 変更事由 | | |  |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |  | | |  |
|  |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  |  |  | | |  |  | | |  |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　提出  受付日付印   |  |  | | --- | --- | | 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電　　　　話 | 〒　　　－  （　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 社　会　保　険　労　務　士　記　載　欄 |
|  |

【注意事項】

事業所の所在地、名称（個人事業所であるときは、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

届け出てください。

【記入の方法】

1. この届書は、事業所の名称を変更した場合、又は所在地（又は住所）を変更した場合に提出するものですが、名称

のみ変更した場合は「名称」の文字を、所在地（又は住所）のみを変更した場合は「所在地」の文字を、

名称及び所在地（又は住所）の両方が変更になった場合は「所在地」及び「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。

３．①及び②は、「被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書」に記載されている「事業所整理記号」及び「事業所

番号」を記入してください。

４．は年月日が１桁の場合は前に０を付してそれぞれ２桁として記入してください。

５．④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」及び有限会社を「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、そのままフリガナで記入してください。

６．⑦は電話番号の市外局番と市内局番及び市内局番と加入番号の間には、「－」を記入してください。

７．事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【添付書類】

法人事業所は法人登記簿謄本のコピーを、個人事業所は事業主の住民票のコピーを添付してください。

なお、登記上の所在地と事業を行っている所在地が異なる場合は、所在地の確認できる書類（賃貸契約書の写し等）

を添付してください。

　　　　　　　　　　　※本手続は電子申請による届出も可能です。

　　　　　　　　　　　　なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子

　　　　　　　　　　　　申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代

行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名

に代えることができます。