

届書コード	処理区分	届書
1 0 5		

長	課長	係

健康保険 適用事業所 所在地名 変更(訂正)届

事業所所在地を変更する場合は「所在地」を、事業所名称を変更する場合は「名称」を、両方を変更する場合は「所在地」及び「名称」を○で囲んでください。

健康保険被保険者証の記号を必ず記入してください。

◎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。

変更前	②事業所番号 000	⑦事業所名称 株式会社 ○○○○	送信	①事業所所在地 〒000-0000 東京都○○区○○2-1-1
変更	⑦変更年月日 平成 00年 00月 00日	③※事業所整理記号	④※事業所番号	フリガナ
変更	⑤郵便番号 000-0000	⑥事業所所在地 ※市区町村コード フリガナ トウキョウト○○ク○○チョウ1-2-1 東京都○○区○○町1-2-1	⑧※健康保険被保険者証の不要	④変更事由 本社移転のため
後	⑦事業所の電話番号 00-00-0000	⑧※健康保険被保険者証の不要	送信	④変更事由

平成 00年 00月 00日 提出

事業所所在地	〒000-0000 東京都○○区○○町1-2-1
事業所名称	株式会社 ○○○○
事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○
電話	00 (0000局) 0000 番

事業所所在地又は事業所名称が変更となった事由を詳しく記入してください。

事業主印を押印してください。
 ただし、事業主が署名した場合は押印不要です。

社会保険労務士の提出代行者印

事業主印

受付日付印