

社保委員  
等の検印

# 健康保険 厚生年金 適用事業所所在地名称変更(訂正)届

決裁  
日付

常務理事	事務長	担当	確認

◎ ◎ 登記簿謄本のコピーを添付してください。  
「※」印欄は記入しないでください。

変更前	社会保険事務所 符号	健康保険 被保険者証の記号	厚生年金 年金整理記号	事業所番号	事業所名称	〒
	※		※		事業所所在地	

変更後	変更年月日				健康保険 被保険者証の記号	厚生年金 年金整理記号	事業所番号	フリガナ	事業所名称
	令和	年	月	日	※		※		
	郵便番号				事業所所在地			フリガナ	
	-								
事業所の電話番号					変更事由				

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	( ) 番

社会保険労務士 の提出代行者	
-------------------	--

受付日付印