

社 保 委 員
等 の 検 印

健康保険 適用事業所 所在地 変更(訂正)届 (管轄)

決 裁 日 付 印

常務理事	事務長	課長	係長	係員

正

変 更 前	①健康保険被保険者証の記号 年金整理番号	② 事業所番号 (保険料納入 告知書の番号)	送 信	⑦ 事業所名称	
	※			⑧ 事業所所在地	〒 ー

◎◎◎
添付書類の記入方法は、
1. 事業所の登記簿謄本の
写しを添付してください。
2. 事業所の登記簿謄本の
写しを添付してください。
3. 事業所の登記簿謄本の
写しを添付してください。

変 更 後	⑦ 変更年月日	③ 健康保険被保険者証の 記号(年金整理番号)	⑤ 事業所番号 (健康保険納入 告知書の番号)	④ 事業所 名称	フリガナ	
	平成 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 者証の要・不要	※ 要 0 不要 1	送 信	⑨ 変更事由

事業所所在地	〒 ー
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
--------------------	---

健康保険 適用事業所 所在地 変更(訂正)届 (管轄)

副

変更前	①健康保険被保険者証の記号 年金整理番号	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	㉞ 事業所名称	〒 ー
	※		① 事業所所在地	

変更後	㉟ 変更年月日 平成 年 月 日	③ 健康保険被保険者証の記号(年金整理番号)	㉞ 事業所番号 (健康保険納入告知書の番号)	④ 事業所名称	フリガナ
	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要・不要	※ 要 0 不要 1	㉞ 変更事由

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	様
電話	

平成 年 月 日

確認日付印

社 保 委 員
等 の 検 印

厚生年金保険 適用事業所 所在地 名称 変更(訂正)届 (管轄)

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

届出コード	処理区分	送信
1 0 5	※	

変更前	①健康保険被保険者証の記号 年金整理番号	② 事業所番号 (保険料納入 告知書の番号)	送信	㉞ 事業所名称	
	※			① 事業所所在地	〒 ー

変更後	㉞ 変更年月日		③ 健康保険被保険者証の 記号(年金整理番号)		㉟ 事業所番号 (健康保険納入 告知書の番号)		④ 事業所 名称	フリガナ	
	平成	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 者証の要・不要		※ 要 0 不要 1	送信	㊦ 変更事由		

◎ 「※」 印欄は記入しないで下さい。
◎ 記入の方法は、4 枚目に書いてありますから、よく読んでください。

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	印
電 話	

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

平成 年 月 日提出

受付日付印

【注意事項】

1. 事業所の所在地名称（個人企業であるときは、事業主の氏名）の変更があった場合は、変更日から5日以内に届出ること。

【記入の方法】

1. この届出は、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あり、名称のみ変更した場合は標題の「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○印で囲むこと。
2. ①欄は、上段に「健康保険被保険者証の記号」（たとえば「227」など）を下段に「厚生年金保険事業所整理番号」（たとえば港②「KAC」など）を記入すること。
3. ②欄は、厚生年金保険の納入告知書に記載されている事業所番号を記入してください。
4. ③欄は年月日が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欄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すること。ただし、前記以外の法人については、そのままフリガナを付すること。
6. ⑦欄は、市外局番から正確に記入すること。
7. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は不要です。
8. 1～3枚目の記入につきましては、間にカーボン用紙等を入れて記入してください。