

正

健康保険 事業所関係変更(訂正)届

Table with columns: 常務理事, 事務長, 課長, 係長, 係員

◎記入の方法は3枚目に書いてありますのでよくお読みください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

Main application form with multiple sections: ①事業所整理記号, ②事業所番号 (227), ④業態区分, ⑥※適用区分, ⑧電話番号, ⑩事業主又は代表者の氏名, ⑪事業主又は代表者の住所・電話番号, ⑫※全喪原因, ⑭昇給月, ⑮賞与支払予定月, ⑯現物給与の種類, ⑰事業主代理人, ⑱事業主代理人の住所, ⑲選(解)任年月日, ⑳社会保険労務士コード, ㉑社会保険労務士名, ㉒健康保険組合名, ㉓会社法人等番号, ㉔法人番号, ㉕個人・法人等区分, ㉖本・支店区分, ㉗内・外国区分, ㉘備考

事業所所在地: 〒170-67ZZ 東京都豊島区西大塚10-20-30
事業所名称: ㈱〇△広告
事業主氏名: 代表取締役 △△ 次郎
電話番号: 03 (3576)局 54××番

令和2年5月1日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者