

常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者

健康保険 適用事業所 名称／所在地 変更(訂正)届

年 月 日提出

提出者記入欄

事業所番
事業所号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

※該当する数字を○で囲んでください。

変更区分

1. 事業所名称の変更

2. 事業所所在地の変更

変更前

① 事業所名称

② 事業所所在地 〒 都道府県

変更後

③ 変更日 9. 令和 年 月 日

④ 事業所名称 (フリガナ)

⑤ 事業所所在地 〒 (フリガナ) 都道府県

⑥ 電話番号

⑦ 変更理由

この届出書は、事業所の名称変更または所在地変更があった場合にご提出いただくものです。
口座番号・口座名義等に変更があった場合は、別途「給付金受領銀行口座名義並びに指定銀行口座等変更届」、
「保険料納入告知書送付（変更）依頼書」及び「保険料預金口座振替依頼書」のご提出が必要となります。

記入方法

提出者記入欄：事業所番号は下図を参照し、新規適用時に付された番号をご記入ください。

事業所 番 号	1	2	3	4
------------	---	---	---	---

〈変更区分〉
変更区分：該当する数字を○で囲んでください。

- 〈変更前〉
- ①事業所名称：名称変更を行った場合に変更前の事業所名称をご記入ください。名称に変更がない場合は記入の必要はありません。
- ②事業所所在地：所在地変更を行った場合に変更前の事業所所在地をご記入ください。所在地に変更がない場合は記入の必要はありません。
- 〈変更後〉
- ③変更年月日：名称または所在地が変更になった日付をご記入ください。
- ④事業所名称：名称変更を行った場合に記入してください。名称に変更がない場合は記入の必要はありません。
名称のフリガナは、株式会社を「カ」特例有限会社を「ユ」合名会社を「メ」合資会社「シ」と略してご記入ください。
前記以外の法人については、略さずにフリガナをご記入ください。
- ⑤事業所所在地：所在地変更を行った場合に記入してください。所在地に変更がない場合は記入の必要はありません。
- ⑥電話番号：電話番号に変更がある場合は、市外局番と市内局番、市内局番と加入者番号の間にそれぞれ -（ハイフン）を記入してください。なお、携帯電話の場合は -（ハイフン）なしでご記入ください。
- ⑦変更理由：名称または所在地が変更になった理由を詳しくご記入ください。

添付書類

・法人事業所の場合
名称変更・所在地変更共通：履歴事項全部証明書のコピー

※添付書類は、直近の状態を確認するため、この届書の提出日からさかのぼって90日以内に発行されたものを添付してください。
※所在地変更の場合、履歴事項全部証明書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（賃貸借契約書のコピー等）を添付してください。