

|       |      |    |
|-------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| 1 0 4 |      |    |

## 健康保険事業所関係変更（訂正）届（処理票）

|      |     |    |  |   |
|------|-----|----|--|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 |  | 係 |
|      |     |    |  |   |

|              |
|--------------|
| 健康保険被保険者証の記号 |
|--------------|

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。

|  |                            |                            |                                      |  |              |                 |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--|--------------|-----------------|
| (1) 事業所の記号<br>(年金整理番号)                       | (2) 事業所番号                  | 送<br>信                     | (4)※ 業態区分                            | (6)※ 適用区分  | (8) 電話番号     |                 |
| ※  |                            |                            |                                      | 強制 0. 任包 1. 任単 2. 国等の事務所 (4を除く) 3. 債権管理法適用除外事業所 4. |              |                 |
| 変更後<br>(10) 事業主又は代表者の氏名<br>(氏) (名)<br>(フリガナ) | (ア) 事業主又は代表者の住所<br>〒 -     |                            |                                      |  |              |                 |
| 変更前<br>(氏) (名)                               | 〒 -                        |                            |                                      |  |              |                 |
| (12)※ 全喪原因                                   | (14) 昇給月                   | (16) 賞与等支払予定月              | (18) 現物給与の種類                         | (20) 事業主代理人  | (22)※算定届用紙作成 | (24)※社会保険労務士コード |
| 解散1. 任包脱退認可4.<br>休業2. 認定全喪5.<br>合併3. その他7.   | 1回目 2回目 3回目 4回目<br>月 月 月 月 | 1回目 2回目 3回目 4回目<br>月 月 月 月 | 食事1. 定期券4.<br>住宅2. その他5.<br>被服3. ( ) | 無 0<br>有 1   | 無 0<br>不要 1  |                 |
| 変更後<br>(イ) 事業主代理人の氏名                         | (ウ) 事業主代理人の住所<br>〒 -       |                            | (エ) 選(解)任年月日<br>平成 年 月 日選任           |  |              |                 |
| 変更前  | 〒 -                        |                            | 平成 年 月 日解任                           |  |              |                 |
| (26) 社会保険<br>委員名1                            | (氏) (名)<br>(フリガナ)          | (28) 社会保険<br>委員名2          | (氏) (名)<br>(フリガナ)                    | (カ) 備考   |              |                 |
| (オ) 社会保険<br>労務士名                             | (30) 健康保険<br>組合名           | (フリガナ)                     | 送<br>信                               |  |              |                 |

平成 年 月 日提出

|        |        |
|--------|--------|
| 事業所所在地 | 〒 -    |
| 事業所名称  |        |
| 事業主氏名  | ㊟      |
| 電話     | ( 局) 番 |

|               |   |
|---------------|---|
| 社会保険<br>委員の検印 | ㊟ |
|---------------|---|

| 社会保険労務士記載欄     |        |    |      |
|----------------|--------|----|------|
| 作成年月日、提出代行者の表示 | 労務士コード | 氏名 | 電話番号 |
|                |        | ㊟  |      |

受付日付印