

総務部	経理部	部長	次長	管理課	適用課

健康保険適用事業所所在地変更(訂正)届(管轄内)

社保委員等の検印

届書コード	処理区分	届書
105	*	

変更前	① 健康保険の事業所記号	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	⑦ 事業所名称	〒 -
	*	3472	株式会社 Δ X 出版社	
			⑧ 事業所所在地	

変更後	⑦ 変更年月日	③ 健康保険被保険者証の記号 (年金整理記号)	⑤ 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)	④ 事業所名称	フリガナ マルバツシュツパンシャ (株) OX 出版社
	平成 30年6月01日	*	*		
	⑤ 郵便番号	⑥ 事業所所在地 区市町村コード	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	⑨ 変更事由	

◎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。

FAX ()

平成 30年 6月 5日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 OXΔ - XXXX 杉並区下井草 X-X-X
事業所名称	株式会社 OX 出版社
事業主氏名	代表取締役社長 千代田 太郎
電話	03 (3397局) XXXX 番



社会保険
労務士の提出
代行者印

すべての申請書の事業所欄は、必ず事業主印を押印してください。認印の押印では受け付けることができませんので、ご了承願います。

㊞