

総務部	業務部	
	部長	業務管理課 適用課

様式コード			
2	1	0	5

健康保険 適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所 整理記号	
	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

※該当する数字をすべて○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 年月日	7.平 9.令		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 FAX番号								
⑧ 変更理由									

この届書は、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。

・変更に伴い保険料の預金口座振替先にも変更がある場合は、あわせて『保険料預金口座振替納付(変更)申出書』をご提出ください。

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号は下図を参照し、ご記入ください。

事業所 整理記号	1	2	3	4
-------------	---	---	---	---

<変更区分>

変更区分 : 該当する数字をすべて○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。

⑦FAX番号 : FAX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。

⑧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 : 履歴事項全部証明書のコピー

所在地変更 : 履歴事項全部証明書のコピー または 賃貸借契約書のコピー

・個人事業所の場合

名称変更 : 公共料金の領収書のコピー等の名称が確認できる書類

所在地変更 : 事業主の住民票の写しのコピー

※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または住民票上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。

※所在地変更の際、履歴事項全部証明書に建物名称の記載がない場合、追加で添付書類が必要になります（建物名所の記載のある契約書のコピー等）。