

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(名称)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	*		
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	株式会社 ΔX 出版社
*		⑧ 事業所所在地	〒 -
変更前	3472		
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
令和 02 年 06 月 01 日	*	*	フリガナ マルバツシュッパンシャ (株) OX 出版社
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	送信

◎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 ( )

令和 2 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



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、ご了承ください。

社会保険 労務士の提出 代行者印	印
------------------------	---