

決				
裁				

健康保険 事業所関係変更（訂正）届

健康保険 被保険者証の記号					
届出の種類 (該当事項を○で囲む)		変 更 後		変 更 前	
1	事業所の名称				
2	事業所の住所	〒 —		〒 —	
3	フリガナ 事業主又は 代表者	(氏) _____ (名) _____		(氏) _____ (名) _____	
4	事業主代 理人の選 任・解任	事業主 代理人	(氏) _____ (名) _____	(氏) _____ (名) _____	
		有 無	〒 住所	〒	
5	事業所の 事業の種類				
6	事業所の 電話番号				
変 更 年 月 日		令和 年 月 日 変 更			
変 更 理 由					
備 考					

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話

* 事業所の名称や所在地等に変更があった場合は、変更日から5日以内に届出てください。
 * この届出は、変更及び訂正する項目のみ記入してください。
 * この届出書は、日本ケミコン健康保険組合用です。