健康保険 適用事業所名称/所在地変更(訂正)届

理事長	常務理事	事務長	部長	担当者

提出者記入	健康保険 被保険者証 の記号	
	事業所 所在地	(〒 -)
	事業所 名称 事業主 氏名	
	電話番号	TEL ()

受付印

社会保険労務士記載欄

変更区分	1. 事業所名称のみ変更
	2. 事業所所在地のみ変更
	3. 事業所名称及び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	(〒 -)

変更後	③ 変更年月日	令和 年 月 日
	④ 事業所名称	(フリガナ)
	⑤ 事業所所在地	(〒 -) (フリガナ)
	⑥ 電話番号	TEL ()

この届出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提出していただくものです。

名称変更の場合、被保険者証の差し替えが行われます。また、事業所整理記号が変更される場合があります。

記入方法

提出者記入欄 新規適用事業時または名称・所在地変更時に付された健康保険被保険者証の記号を記入してください。

〈変更区分〉

変更区分 該当する項目の数字を○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。
- 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。

〈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記入してください。
- 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。
- 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に記入してください。

添付書類

名称変更/所在地変更（変更区分問わず） 法人登記簿謄本のコピー

※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、登記簿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を添付してください。