

健康保険 適用事業所 名称/所在地変更届

令和 年 月 日提出

受付印

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	- -
担当者 ()		

【社会保険労務士記載欄】(氏名等)

--

注) 事業主代理人による届出は出来ません。

届出区分	該当する数字をすべて○で囲んでください 1. 事業所名称の変更 2. 事業所所在地の変更
変更年月日	令和 年 月 日
変更理由	(具体的に)

以下、該当箇所のみ記入してください。

1. 事業所名称	変更前名称	
	変更後名称	(フリガナ)

2. 事業所所在地	変更前所在地	〒 -
	変更後所在地 (※)	〒 -
		TEL - - FAX - -

(※)所在地はビル・階数も記載してください。また、番地等は謄本のとおりに記載してください。(例：一丁目2番3号…)

上記のとおり届出します。

愛知県情報サービス産業健康保険組合 御中

【添付書類】 下記1, 2 各々の場合に応じて必要

1. 名称変更の場合・・・履歴事項全部証明書 (写) 1部

2. 所在地変更の場合・・・履歴事項全部証明書 (写) 1部、

および、賃貸借契約書 (写) 1部 (賃貸ビルの場合)

ビル内で階数変更した場合・・・賃貸借契約書 (写) 1部

ビル名変更の場合・・・覚書等ビル名変更の確認が出来る書類 (写) 1部