

健康保険 適用事業所 事業主変更／事業主代理人届

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. 事業主の変更 2. 事業主代理人の届出 (新規/変更および解任)
------	---

以下、該当箇所のみ記入してください。

1. 事業主の変更	変更年月日	令和 年 月 日
	変更前の事業主氏名	(氏) (名)
	変更後の事業主氏名	(フリガナ)
		(氏) (名)
住所	〒 -	

2. 事業主代理人の届出	変更前 (解任) 代理人氏名	(氏) (名)	解任年月日 令和 年 月 日
	変更後 (新規) 代理人氏名	(フリガナ)	選任年月日
		(氏) (名)	令和 年 月 日

上記のとおり届出します。

愛知県情報サービス産業康保険組合 御中

【添付書類 (1. 事業主変更の場合のみ必要)】

履歴事項全部証明書 (写) 1部