

様式コード
2 1 0 5

健康保険
厚生年金保険

適用事業所 **名称/所在地** 変更(訂正)届

(管轄内の場合)

令和 元 年 5 月 5 日提出

事業所整理記号	0 0 - ケ イ ト	事業所番号	1 2 3 4 5
事業所所在地	〒168-8500 東京都杉並区高井戸3-2-1		
事業所名称	株式会社 健保産業		
事業主氏名	代表取締役社長 健保 良一		
電話番号	03 (5432) 6789		

事業所所在地を変更する場合は「所在地」を、事業所名称と併せて変更する場合は「所在地」及び「名称」を で囲んでください。

事業所整理記号、事業所番号を必ず記入してください。

事業主印

社会保険労務士記載欄

氏名等

※該当する数字をすべて○で囲んでください。

変更区分	1. 事業所名称の変更
	② 事業所所在地の変更

事業主印を押印してください。ただし、事業主自らが署名した場合、押印は不要です。

該当する変更区分を で囲んでください。

変更前	① 事業所名称	株式会社 健保産業
	② 事業所所在地	〒168-8500 東京 ^都 _府 杉並区高井戸9-9-9

変更後の事業所所在地にて事業を開始した日を記入してください。

変更後	③ 変更年月日	令和 0 1 年 0 5 月 0 1 日
	④ 事業所名称	(フリガナ) カン ケンガイシャ ケンポウサンギョウ 株式会社 健保産業
	⑤ 事業所所在地	〒168-8500 (フリガナ) トキワタ スギノミナカウチ 3-2-1 東京 ^都 _府 杉並区高井戸3-2-1
	⑥ 電話番号	0 3 - 5 4 3 2 - 6 7 8 9
	⑦ 変更理由	本社移転のため
	⑧ 口座振替の継続	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 継続する ※「1. 継続する」を希望される場合、 ⑨振替口座の変更も記入してください。 2. 継続しない
	⑨ 振替口座の変更	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 変更なし 2. 変更あり ※口座番号、口座名義等に変更がある場合、再度「保険料 預金口座振替納付(変更)申出書」を提出してください。

事業所所在地又は事業所名称が変更となった理由を詳しく記入してください。

管轄内の所在地変更の場合は記載不要です。