

(管轄外の場合)

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

令和 元年 5 月 5 日提出

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。

提出者記入欄	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						

事業所整理記号、事業所番号を必ず記入してください。

事業所所在地等、事業所情報を記入してください。

※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

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	〒171-8567 東京 ^都 _府 豊島区南池袋3-2-1

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 サウギョ 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 スギナミカケト 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	<input checked="" type="radio"/> ① 継続する <small>※「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。</small>

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。

保険料口座振替について、当てはまる項目を で囲んでください。