

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 管轄外用

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	Ⓜ
	電話番号	()

受付印

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

- 事業所名称の変更
- 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	〒 ー 都道府県

変更後

③ 変更年月日	9 令和 年 月 日
④ 事業所名称	(フリガナ)
⑤ 事業所所在地	〒 ー (フリガナ) 都道府県
⑥ 電話番号	
⑦ 変更理由	
⑧ 口座振替の継続	<p>※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 継続しない
⑨ 振替口座の変更	<p>※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。</p> <ol style="list-style-type: none"> 変更なし 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。

