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

常務理事	事務長	課　長	担当者

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				

健康保険事業所記号				

受付印

事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

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

添付書類

・法人事業所の場合
名称変更・所在地変更共通：**履歴事項全部証明書のコピー**

※添付書類は、直近の状態を確認するため、この届書の提出日から さかのぼって90日以内に 発行されたものを添付してください

変更前

① 事業所名称	
② 事業所所在地	〒　　－ 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	〒　　－　　（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	※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。

この届書は、事業所の名称変更または所在地変更があった場合にご提出いただくものです。

記入方法

提出者記入欄 ： 事業所整理記号･事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称･所在地変更時に付された記号･番号をご記入ください。

事業所整理記号			0	1	−	A	B	C	

事業所番号	1	2	3	4	

健康保険整理記号	5	6	7	8

＜変更区分＞

変更区分 ： 該当する数字をすべて〇で囲んでください。

＜変更前＞

①事業所名称 ： 名称変更を行った場合に変更前の事業所名称をご記入ください。名称に変更がない場合は記入の必要はありません。

②事業所所在地 ： 所在地変更を行った場合に変更前の事業所所在地をご記入ください。所在地に変更がない場合は記入の必要はありません。

＜変更後＞

③変更年月日 ： 名称または所在地が変更になった日付をご記入ください。

④事業所名称 ： 名称変更を行った場合に記入してください。名称に変更がない場合は記入の必要はありません。
名称のフリガナは、株式会社を「カ」特例有限会社を「ユ」合名会社を「メ」合資会社「シ」と略してご記入ください。
前記以外の法人については、略さずにフリガナをご記入ください。

⑤事業所所在地 ： 所在地変更を行った場合に記入してください。所在地に変更がない場合は記入の必要はありません。

⑥電話番号 ： 電話番号に変更がある場合は、市外局番と市内局番、市内局番と加入者番号の間にそれぞれ -（ハイフン）を記入してください。 なお、携帯電話の場合は -（ハイフン）なしでご記入ください。

⑦変更理由 ： 名称または所在地が変更になった理由を詳しくご記入ください。

⑧口座振替の継続 ： 現在、保険料の口座振替をされている場合、名称または所在地変更後も口座振替を希望される場合は「1.継続する」を〇で囲んでください。「1.継続する」を選択された場合、「⑨振替口座の変更」をご記入ください。

⑨振替口座の変更 ： 現在登録している口座名義と今後振替を希望する口座名義が異なる場合は「2.変更あり」を〇で囲んでください。
この場合、あわせて『保険料預金口座振替納付（変更）申出書』の提出が必要となります。
申出書の提出がない場合、口座振替情報が引き継がれず、変更後は納付書で保険料を納付していただくこととなります。
また、現在口座振替の登録をしていない場合でも、この届書と同時に申出書を提出していただくことで、口座振替による保険料納付を行うことができます。
※管轄する年金事務所の変更がない場合、口座振替は継続します。