

常務理事	事務長	統括	担当

健康保険事業主関係事項

変更年月日	年	月	日	変更理由	
事業所番号		事業所の名称			
届出の種類 (該当番号を○で囲むこと)		届出の事項			
		変更後の事項		変更前の事項	
1	事業主の代表者				
2	事業所の所在地	〒		〒	
3	事業主代理人の選任	(氏名)	(生年月日)	(氏名)	(生年月日)
		(役職等 事業主との関係)		(役職等 事業主との関係)	
		(居住地) 〒		(居住地) 〒	
4	事業所の電話番号				
5	事業所の事業の種類				

上記の通りお届けします

令和 年 月 日

事業所の名称及び所在地

事業主の代表者氏名

印