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　　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
1. 事業所名称の変更
2. 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	〒　　― 都道府県

変更後													
③ 変更年月日	7. 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 口座振替の継続	⑧ 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. 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	※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(変更)依頼書』を提出してください。

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

※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。
※所在地変更の場合、履歴事項全部証明書または住民票上の所在地と事業を行っている所在地が異なる場合は、所在地の確認できる書類（賃貸借契約書のコピー等）を添付してください。