

記号			番号				
93-	1	2	3	4	5	6	7

《記入見本》 事業所変更届

☆色付けされた部分のみ記入(入力)してください。

出張所長

番号の上3桁のみ記入(入力)してください。
例: 番号 567001 → "567"

事業所の住所が変わったとき

① 事業所住所等の変更

変更日 令和 6 年 12 月 1 日

変更前				変更後 ※変更箇所のみ記入			
住所(1) 郵便番号・都道府県・市区町村・地名・番地 〒 103 - 0015 東京都 中央区 日本橋箱崎町12番4号				住所(1) 郵便番号・都道府県・市区町村・地名・番地 〒 103 - 0013 東京都 中央区 日本橋人形町3-7-3			
住所(2) アパート名・マンション名 等 国民健康保険組合会館1階				住所(2) アパート名・マンション名 等 NCC人形町ビル501			
(フリガナ) 事業所名		電話番号		(フリガナ) 事業所名		電話番号	
(フリガナ) 事業主名		事業所業種		(フリガナ) 事業主名		事業所業種	

※第1種=法人事業主、第2種=法人従業員
第3種=個人事業主、第4種=個人従業員、第5種=一人親方

② 組合員の種別(世帯加入区分)・業種等の変更

被保険者記号番号	組合員氏名	種別(世帯加入区分)		業種		1.適用除外承認年月日 2.厚生年金喪失年月日 3.法人設立(解散の翌日)年月日 4.その他(個人の種別変更日等)			承認状況		特定被保険者	
		変更前	変更後	変更前	変更後	変更前	変更後	変更前	変更後	変更前	変更後	
93-		<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外
93-		<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外
93-		<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外
93-		<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 法人承認済(B) <input type="checkbox"/> 個人承認済(D) <input type="checkbox"/> 対象外(E)	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 特定 <input type="checkbox"/> 除外

備考 () 同時

本部登録	支部登録
.	.

上記のとおり届けます。

全国建設工事業国民健康保険組合 理事長殿

支部受付日印

本部受付日印

令和 6 年 12 月 2 日

事業主氏名(自署のみ)

建設 次郎

※ 太ワクの中を記入してください