

令和 年 月 日

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者

## 事業所関係事項変更届

健康保険被保険者証の記号				
--------------	--	--	--	--

届出の種別 (該当する項番を○で囲んでください)		変更年月日 令和 年 月 日
1	事業主変更	各種届出後の 加入地区歯科医師会 <b>※加入地区歯科医師会に変更がない場合でも必ずご記入ください。</b> 地区歯科医師会
2	事業所名称変更	
3	事業所所在地変更	
(1)	旧事業主	
	新事業主	フリガナ
	事業主変更理由	
(2)	旧事業所名称	
	新事業所名称	フリガナ
(3)	旧事業所所在地	電話番号
	新事業所所在地	電話番号

◎法人の場合は、登記簿謄本(写し可)を添付してください。  
◎2と3に該当する場合は、被保険者証を添付して下さい。  
◎保険料の振替口座を変更する場合は、ご連絡ください。  
(口座振替納付(変更)申出書をお送りいたします。)

令和 年 月 日
〒 -
事業所所在地
事業所名称
事業主名

受付印

# 事業所関係事項確認通知書

健康保険被保険者証の記号							
届出の種別 (該当する項番を○で囲んでください)					変 更 年 月 日		
					令和      年      月      日		
1      事業主変更 2      事業所名称変更 3      事業所所在地変更					各種届出後の 加入地区歯科医師会 <b>※加入地区歯科医師会に変更がない場合でも必ずご記入ください。</b>  地区歯科医師会		
(1)	旧事業主						
	新事業主	フリガナ					
	事業主変更理由						
(2)	旧事業所名称						
	新事業所名称	フリガナ					
(3)	旧事業所所在地	電話番号					
	新事業所所在地	電話番号					
令和      年      月      日 〒      -      -							
事業所所在地 事業所名称 事業主名							