

令和 年 月 日

事業所名称変更

記入例

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  
険者証の記号

○ ○ ○ ○

※2枚ともご記入のうえ、2枚ともご提出ください。

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日
1 事業主変更 <input checked="" type="radio"/> 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>  <input type="radio"/> <input type="radio"/> 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	〇〇歯科医院
	新事業所名称	フリガナ イリョウホウジンシャダン □□カイ 〇〇シカイイン 医療法人社団 □□会 〇〇歯科医院
(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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇1-2-3

事業所名称 医療法人社団 □□会 〇〇歯科医院

事業主名 〇〇 〇〇

受付印

令和 年 月 日

事業所主変更

記入例

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 険者証の記号	○	○	○	○
-----------------	---	---	---	---

※2枚ともご記入のうえ、2枚ともご提出ください。

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日
<input checked="" type="radio"/> 1 事業主変更 <input type="radio"/> 2 事業所名称変更 <input type="radio"/> 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>  <input type="radio"/> <input type="radio"/> 地区歯科医師会
(1)	旧事業主	〇〇 〇〇
	新事業主	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎
	事業主変更理由	〇〇〇〇〇のため
(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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇

受付印

事業所所在地 東京都〇〇区〇〇1-2-3

事業所名称 〇〇歯科医院

事業主名 健保 一郎