

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

事業所番号					
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 <u>※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。</u> 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。
◎資格確認書の発行が必要な場合は「資格確認書(再) 交付申請書」も提出してください。
◎保険料の振替口座を変更する場合は、ご連絡ください。

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

事業所番号					
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 <u>※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。</u> 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			
令和 年 月 日					
〒 —					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主名					