

事業所名称変更

記入例

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	○	○	○	○
-------	---	---	---	---

※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	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> 〇〇 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	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。
◎ 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 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

事業主変更

記入例

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

※2枚ともご記入のうえ、2枚ともご提出ください。

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 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 <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	
(1)	旧 事 業 主	○○ ○○	
	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	○○○○○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。
◎ 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	東京都○○区○○ 1-2-3
事業所名称	○○歯科医院
事業主名	健保 一郎

受付印

所在地変更

記入例

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

※2枚ともご記入のうえ、2枚ともご提出ください。

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 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 <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

(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	東京都○○区○○～ 電話番号○○～
	新事業所所在地	東京都○○区○○～ 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 東京都○○区○○ 1-2-3 事業所名称 ○○歯科医院 事業主名 健保 一郎

受付印