

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	課長代行	係長	係

## 事業主・事業所関係変更届

事業所記号	
変更があった事項	1. 事業所名                      2. 事業所所在地                      3. 事業主氏名                      4. 事業主の住所 5. 電話（ファックス）番号                      6. その他（                      ）
事業所名・事業主名のふりがな	
変更前の事項	〒                      -
事業所名・事業主名のふりがな	
変更後の事項	〒                      -
変更理由	1. 業務の都合による                      2. 業務拡大に対応のため 3. その他（                      ）
変更年月日	平成                      年                      月                      日
変更事項が1・3の場合	受任者の変更                      有・無（                      参照）                      口座名義の変更                      有・無（                      参照） （有の場合は別途、届出が必要です。下記を参照ください。）

うえのとおり変更がありましたので、健康保険法施行規則（第30条、31条）の定めによりお届けします。

平成                      年                      月                      日

伊藤忠連合健康保険組合    理事長    殿

事業所担当者
--------

所在地                      〒                      -  
事業所                      名称  
事業主氏名                      代表取締役

【受 付 印】

（注意） 変更事項 1.及び 2.は謄本写しを添付して下さい。

この届は、原則として事実発生の日から5日以内に提出して下さい。

受任者変更の場合                      届出用紙一覽                      経理 2・経理 3・経理 4

事業所名が変更                      届出用紙一覽                      経理 2・経理 5

事業主氏名が変更                      届出用紙一覽                      経理 2・経理 6