

届書コード	処理区分	届書
1 1 0		

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

健康保険 適用事業所 所在地 変更(訂正)届(管轄外)
厚生年金保険

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。

変更前	① 年 金 事務所符号	② 事業所整理記号		③ 事業所番号	送 信	⑦ 事業所名称		
	※	※				⑧ 事業所所在地	〒 —	
変更	④ 事業開始年月日		⑤ ※ 事業所整理記号		⑨ ※ 事業所番号	フリガナ		
	平成	年 月 日					⑩ 事業所名称	
変更後	⑦ 郵便番号	⑧ 事業所所在地		※市区町村コード	フリガナ			
	⑨ 事業所の電話番号	⑩ ※ 健康保険被保険者証の不要		送 信	⑪ 変更事由	⑫ 保険料口座振替の継続の有無		有・無
						⑬ 預金口座の変更の有無		有・無

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	㊦
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊦

【注意事項】

1. 事業所の所在地、名称（個人事業所であるときは、事業主の氏名）の変更があった場合は、変更日から5日以内に届け出てください。
2. この届書は、変更前の所在地を管轄する年金事務所に提出してください。

【記入の方法】

1. この届書は、所在地（又は住所）を変更した場合に提出するものですが、所在地（又は住所）のみを変更した場合は「所在地」の文字を、名称及び所在地（又は住所）の両方が変更になった場合は「所在地」及び「名称」の両文字をそれぞれ○印で囲んでください。
2. 厚生年金保険のみ適用になっている事業所については、標題の「厚生年金保険」の文字を○印で囲んでください。
3. ②及び③は、「被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書」に記載されている「事業所整理記号」及び「事業所番号」を記入してください。
4. ④は、都道府県外に所在地変更した場合に、変更後の所在地で事業を開始した年月日を記入してください。
年月日が1桁の場合は、前に0を付してそれぞれ2桁として記入してください。
5. ⑥の事業所名称のフリガナは、株式会社を「カ」、合名会社を「メ」、合資会社を「シ」及び有限会社を「ユ」と略して記入してください。ただし、前記以外の法人については、そのままフリガナで記入してください。
6. ⑨は、電話番号の市外局番と市内局番及び市内局番と加入番号の間には、「-」を記入してください。
7. ④は、現在、口座振替にて保険料を納付している事業所において、口座振替の継続の有・無について、いずれか該当するほうを○印で囲んでください。
8. ⑩は、④で「有」を選択した場合に、預金口座の変更の有無について、いずれか該当するほうを○印で囲んでください。
「有」：新たに別の預金口座で保険料を納付する場合、又は事業所の名称（口座名義）が変更になる場合
「無」：事業所名称の変更がなく、引き続き登録されている預金口座で保険料を納付する場合
なお、「有」を選択した場合は、「保険料口座振替納付（変更）申出書」の提出が必要です。
9. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【添付書類】

法人事業所は、法人登記簿謄本のコピーを添付してください。個人事業所は、所在地変更の場合は事業主の住民票のコピー、名称変更の場合は名称が確認できる書類（公共料金の領収書のコピー等）を添付してください。
法人登記簿又は住民票上の所在地と事業を行っている所在地が異なる場合は、所在地の確認できる書類（賃貸借契約書の写し等）を添付してください。

※本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。