

事業所関係変更届

●太枠内に正確にご記入ください。(フリガナを忘れず)※印は記入しないでください。

被保険者証の記号番号		-				決	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日	処 入 力 照 合	
						裁					平 成 年 月 日	理	
変 更 の 内 容		変 更 前						変 更 後					
1	事業主の変更	フリガナ			性別	生 年 月 日	フリガナ			性別	生 年 月 日		
		氏 名	(氏)	(名)	男 女	大 昭 平 . .	氏 名	(氏)	(名)	男 女	大 昭 平 . .		
2	事業所名称の変更	フリガナ					フリガナ						
		名 称					名 称						
3	事業所所在地の変更	フリガナ					フリガナ						
		所 在 地					所 在 地						
		電話番号	() -				電話番号	() -					
4	会社組織の変更	株式会社 有限会社 合資会社 合名会社 個人事業所 一人親方						株式会社 有限会社 合資会社 合名会社 個人事業所 一人親方					
5	雇用形態の変更	一人親方 事業主 従業員						一人親方 事業主 従業員					
6	勤務先の変更	会社形態	個人事業所 株式会社 有限会社 合資会社 合名会社				会社形態	個人事業所 株式会社 有限会社 合資会社 合名会社					
		フリガナ					フリガナ						
		名 称					名 称						
		フリガナ					フリガナ						
		所 在 地					所 在 地						
		電話番号	() -				電話番号	() -					
		フリガナ			事業主が愛知建連国保に加入	1. 加入 2. 未加入	フリガナ			事業主が愛知建連国保に加入	1. 加入 2. 未加入		
事業主	(氏)	(名)			事業主	(氏)	(名)						
		退職年月日	平成 年 月 日 退職				雇用年月日	平成 年 月 日 雇用					
※ 事務処理欄		保険証等回収				受領証回収				新被保険者証の記号番号			
上記とおり変更を届けます。										住 所	本 部 受 付 欄		
平成 年 月 日 組合員氏名										⑩	支 部 受 付 欄		
愛知建連国民健康保険組合理事長 殿										電話番号 () -	本 部 受 付 印		
											支 部 受 付 印		

記入にあたっては裏面をよく読んで記入してください。

【記入上の注意】

事業所関係変更届の作成については、つぎのことに注意して記入してください。

1. 記入するときは、太枠内に黒ボールペンではっきりと正確に記入してください。フリガナは、カタカナで正確に記入してください。
2. 記載項目に記入漏れ等があった場合は、書類を受理しないことがありますので注意してください。
3. 被保険者証の記号番号は、愛知建連国保の保険証の記号番号(4けた-6けた)を記入してください。
4. 変更の内容の該当番号をすべて○で囲んでください。

《添付書類について》

1. 事業主・事業所名称・事業所所在地の変更あるいは会社組織の変更の場合は、変更したことが確認できる書類の写しを添付してください。
たとえば、法人事業所(株式会社・有限会社・合資会社・合名会社)の場合は、法人登記簿謄本(抄本)や履歴事項全部証明書(法務局発行)など
2. 勤務先の変更の場合は、退職年月日が確認できる書類の写しを添付してください。
たとえば、法人事業所(株式会社・有限会社・合資会社・合名会社)の場合は、厚生年金保険被保険者資格喪失確認通知書の写しなど
3. 勤務先の変更の場合は、保険証の記号番号の変更が必要になりますので、加入者全員の保険証を必ず添付してください。