

健康保険 事業所

新規適用
変更(訂正) 届
全喪

常務理事	事務長	担当
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

鐵工所01、KBA 81、栗本商事 78 等
事業所ごとの記号

受付印

令和 4 年 9 月 1 日提出

記入見本

事業所記号 ※新規適用の場合は記入不要

事業所所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-●

事業所名称 株式会社 健康一番

事業主氏名 令和 三郎

電話番号 ●●● (●●●) ●●●●

確認の上 チェック!

事業主確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

事業主が記載内容に誤りがないか確認している

変更区分

新規適用

変更・訂正

全喪

申請する内容にあてはまるものに チェック!

健保記入欄

事業所番号

適用年月日 令和 年 月 日

新規適用・全喪および変更前情報

事業所名称 フリガナ カブシキガイシャ ケンコウイチバン
株式会社 健康一番 業態 医療・福祉

住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● 電話番号 ●●● (●●●) ●●●●

事業主氏名 フリガナ (氏) ショウ (名) タロウ 事務担当者氏名 フリガナ (氏) ヘイセイ (名) ジロウ
昭和 太郎 平成 二郎

給与計算の締切日 末 日 給与支払日 当月 25 日 翌月 昇給月 4 月 賞与支払予定月 1回目 7 月 2回目 12 月

給付金等振込先指定口座 銀行 金庫 信用組合 普通 当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7

口座名義 カブシキガイシャケンコウイチバン 支店

変更後情報

変更年月日 令和 0 4 0 9 0 1 ※変更箇所のみご記入ください。

事業所名称 フリガナ 事業主氏名 フリガナ (氏) レイ (名) サブロー
令和 三郎

住所 〒 - 電話番号 変更箇所のみ記載

給付金等振込先指定口座 銀行 金庫 信用組合 普通 当座 口座番号

口座名義

※本届をご提出の際には、「履歴事項全部証明書」(原本)を添付ください。(提出日から遡って90日以内に発行されたもの)