

事業主・事業所に変更があったとき

事業主（代表）様の住所や氏名が変わったとき、事業主が変わったとき、事業所の電話番号が変わったときなど、事業主・事業所に関する事項の変更（訂正）があったときは、「事業所関係変更（訂正）届」をお届出ください。理美けんぽにて確認をすることで健康保険（厚生年金保険）における登録上の情報が変更されます。

- 申請書類：「事業所関係変更（訂正）届（処理票）」（単票）2部
- 提出期限：事由発生日以降すみやかに
- 添付書類：（変更後の）「法人（商業）登記簿謄本」（原本）1部
事業主が変わった場合にのみ必要です。

代表者が変更されたときは、については、変更前の代表者および変更後の代表者、2名の署名が必要です。変更前の代表者の死亡、その他やむを得ない理由で連署ができない場合は、その理由を にご記入ください。

の「電話番号」は、電話番号の市外局番と市内局番および市内局番と加入番号の間に「-（ハイフン）」をご記入ください。

届書コード	届書
1 0 4	

健康保険
厚生年金保険
事業所関係変更（訂正）届（処理票）

事務センター長 所長	副事務センター長 所長	グループ長 長	担当者

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。

事業所整理記号	事業所番号	業態区分	適用区分	電話番号
	1234	送信	強制0. 任通 1. 任単 2. 国等の事務所 (4を除く) 3. 債権管理法適用除外事務所 4.	
事業主又は代表者の氏名		事業主又は代表者の住所		
変更後 (フリガナ) (氏)	ケンゴ 健保	イチロウ 一郎	〒123-4567 東京都中央区日本橋大伝馬町 - -	
変更前 (氏)	健保	吾郎	〒321-7654 東京都墨田区両国 - -	
全喪原因	昇給	賞与支払予定月	現物給与の種類	事業主代理人
1. 任通 2. 認定 3. 合併 4. 退職 5. 全喪 6. その他 7.	1回目 2回目 3回目 4回目	1回目 2回目 3回目 4回目	食住被 1. 定期券 2. その他 3. () 4. 5.	無 0 要 1 要 0 要 1 無 1
事業主代理人の氏名		事業主代理人の住所		選(解)任年月日
〒 -		〒 -		平成 年 月 日選任
〒 -		〒 -		平成 年 月 日選任
社会保険 労務士コード	年金 委員名1	年金 委員名2	備考	
	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (氏)		
社会保険 労務士名	健康保険 組合名	健康保険 組合	送信	

平成 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒123-4567 東京都中央区日本橋大伝馬町 - -
事業所名称	株式会社
事業主氏名	代表取締役 健保 一郎
電話	03 (1235局) 5679番

社会保険労務士の提出代行者印

事業所の記入欄については、会社所在地、会社名、代表者名、電話番号をご記入ください。（社判を押印でも結構です）

代表者印のご捺印をお願いいたします。

の「現物給与の種類」は、給食、住宅貸与、被服支給および定期券支給等の通貨以外で支給されるものです。該当するものすべてを で囲んでください。