

事業所番号を  
ご記入ください。

ご注意  
用紙は複写式になっておりますので、強く、ずれないようにご記入ください。

届書コード  
1 0 4  
届書

健康保険 事業所関係変更（訂正）届（処理票）

常務理事	部 長	課 長	担 当 者

健康保険の事業所番号 1 8 0	厚生年金基金の事業所番号 101184		
① 厚生年金保険の事業所整理記号 WPX	② 事業所番号(告知番号) 00000	④※ 業態区分 送信	⑥※ 適用区分 強制0. 任包1. 任単2. 国等の事務所(4を除く) 3. 債権管理法適用除4. 外事業所
		⑧ 電話番号 06-6945-1021	
⑩ 事業主又は代表者の氏名 変更後 ヤクギョウ ジロウ (氏) 薬業 二郎 (名) 変更前 ヤクギョウ ジロウ (氏) 薬業 一郎 (名)		⑦ 事業主又は代表者の住所 〒540-0037 大阪市中央区内平野町〇-〇-〇 電話 06(6945局)△△△△番 〒540-0037 大阪市中央区内平野町〇-〇-〇	
⑫※ 全 費 原 因 解散1. 任包脱退認可4. 休業2. 認定全費5. 併合3. その他7.	⑭ 負担支払予定月 1回目 2回目 3回目 4回目	⑮ 事業主代理人 無 0 要 0 要 0 有 1 不要1 ED要2 不要1 ED要2	⑯ 備考
⑰ 事業主代理人の氏名 選任 薬業 三郎 解任 薬業 四郎	⑱ 事業主代理人の住所 〒540-0037 大阪市中央区内平野町〇-〇-〇 電話 06(6945局)△△△△番 〒540-0037 大阪市中央区内平野町〇-〇-〇	⑲ 事業主と代理人の関係 総務部長 総務部長	⑳ 選(解)任年月日 平成24年4月1日 選任 平成24年3月31日 解任
健康保険組合名	代理人の変更	送信	

事業主又は  
代表者の変更

変更があった箇所にご記入ください。

- ・事業主又は代表者の変更があった場合は、⑩及び⑦の事業主又は代表者の氏名・住所等をご記入ください。
- ・事業主代理人の変更があった場合は、⑰～⑲の事業主代理人の氏名・住所・関係・選(解)任年月日等をご記入ください。

事業所所在地	〒 540-0037
事業所名称	大阪市中央区内平野町3-2-5
事業主氏名	大阪薬業厚生年金基金
電 話	理事長 薬業 二郎 06(6945局)1021

事業主印を押印してください。ただし、事業主が署名した場合、押印は省略できます。

事業主印