

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。

事業所番号をご記入ください。

所在地変更の場合は「所在地」に、名称変更  
の場合は「名称」を○で囲んでください。

名称の変更の場合は、④の事業所  
名称にご記入ください。

所在地又は名称の  
変更となった日をご  
記入ください。

所在地の変更があった場合は、⑤～⑦の郵便番号・  
住所・電話番号をご記入ください。

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。

届書コード 処理区分 届書  
1 0 5

健康保険 適用事業所 所在地 変更(訂正)届(管轄内)

常務理事	部長	課長	担当者

健康保険の事業所番号	厚生年金基金の事業所番号	送	事業所名称
1 8 0	1 0 1 1 8 4	信	大阪薬業厚生年金基金
① 厚生年金保険の 事業所整理記号	② 事業所番号 (告知番号)	⑦ 事業所所在地	〒 540-0037
東 WPX	0 0 0 0 0	④ 事業所名称	大阪市中央区内平野町3-2-5
③ 変更年月日	⑤ 事業所整理記号	フリガナ	ダ イ ヤ ク キ キ ン
平成 2 4 0 7 0 1	*	④ 事業所名称	大薬基金
⑥ 郵便番号	⑥ 市区町村 事業所 所在地	フリガナ	オ オ サ カ シ チ ュ ウ オ ウ ク タ ニ マ チ 6-5-4
5 4 2 0 0 1 2	大阪市中央区谷町		大薬基金
⑦ 事業所の 電話番号	⑧ 健康保険 被保険者 証の不要	送	変更事由
0 6 - 6 7 6 8 - 4 4 5 1		信	

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 542-0012
事業所名称	大阪市中央区谷町6-5-4
事業主氏名	大薬基金
	理事長 薬業 一郎
電 話	06 (6945局) 1021 番

社会保険労務士  
氏名・印

事業主印