

# 事業主（変更）届

健康保険 被保険者証の記号	999	事業の 種類	○○○○○○
------------------	-----	-----------	--------

種別	変更後	変更前
事業所の名称	ケイライン○○○株式会社	ケイライン△△△株式会社
事業所の所在地	○○県○○市○○○1-1	△△県△△市△△△2-2
事業主の氏名	○○ ○○	△△ △△
変更年月日	令和○○年○○月○○日	変更の 事由

上記のとおりお届けします	旧事業主の住所
令和 年 月 日	氏 名
川崎汽船健康保険組合	新事業主の住所
理事長 殿	氏 名