

# 事業所所在地変更届

健康保険 被保険者の記号	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

令和 年 月 日

川崎汽船健康保険組合

理事長 殿

事業主の住所

氏 名