

様式コード
2 1 0 5

健康保険 厚生年金保険 適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届

令和 1 年 5 月 10 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	0 X	-	サイト	事業所番号	1 2 3 4 5
	事業所所在地	〒190-XXXX 東京都立川市緑町 X-X				
	事業所名称	農事組合法人 あいれん				
	事業主氏名	代表理事 睡蓮 貞二 ㊟				
	電話番号	042(552) 00XX				

受付印

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

※該当する数字をすべて○で囲んでください。

変更区分

1. 事業所名称の変更
2. 事業所所在地の変更

変更前

① 事業所名称	農事組合法人 あいれん
② 事業所所在地	〒190-XXXX 東京 ^都 都府県 あきる野市 引田 XXXX

変更後

③ 変更年月日	令和 0 1 年 0 5 月 1 0 日
④ 事業所名称	(フリガナ) 農事組合法人 あいれん
⑤ 事業所所在地	〒190-XXXX(フリガナ) 東京 ^都 都府県 立川市 緑町 X-X
⑥ 電話番号	0 4 2 - 5 5 2 - 0 0 X X
⑦ 変更理由	本社移転の為
⑧ 口座振替の継続	<p>※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。</p> <p>1. 継続する ※「1. 継続する」を希望される場合、 ⑨振替口座の変更も記入してください。</p> <p>2. 継続しない</p>
⑨ 振替口座の変更	<p>※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。</p> <p>1. 変更なし</p> <p>2. 変更あり ※口座番号、口座名義等に変更がある場合、再度『保険料預金口座振替納付(変更)申出書』を提出してください。</p>