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

ご 参 考

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

事業所整理記号	―
事業所番号	
事業所所在地	〒　　―
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話番号	(　　)

受付印

社会保険労務士記載欄

氏　名　等　　㊞

必ず年金事務所の受付印があるもの

※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	
② 事業所所在地	〒　　―　　都道府県

変更後

③ 変更年月日	9. 令和　　年　　月　　日
④ 事業所名称	(フリガナ)
⑤ 事業所所在地	〒　　―　　(フリガナ)　　都道府県
⑥ 電話番号	
⑦ 変更理由	
⑧ 口座振替の継続	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 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。 2. 継続しない
⑨ 振替口座の変更	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 変更なし 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。

この添付書類は、依頼がないと交付しない年金事務所も多数あります。
お手数ですが、年金事務所に「受付印を押印した変更届」の発送を依頼してください。