

事業主・所在地等変更届

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり変更しましたのでお届けいたします

(1) 変更内容

	変更前	変更後
1. 事業所所在地	〒 ー	〒 ー
2. 事業所名称		
3. 事業主名及び役職		
4. 事業主印		
5. 電話番号		
6. F A X 番号		
7. 事業所記号番号 (社保事務所が各事業所に付した番号)		
8. その他		

※変更個所のみご記入ください

※1～3の変更については、登記簿謄本（コピー可）を1通添付してください

(2) 変更日 (和暦) 年 月 日

申請日 年 月 日

【事業所人事証明印】

事業所所在地

事業所 名称

事業主 氏名

(印)

【健保受付日付印】