事務処理欄	組合本部			支部	
	常務理事	事務局長	取扱者	支部長	支部担当者

*印の欄をすべてご記入ください

事業所・事業主（管理者）変更届

現保険者等の記号番号		岡 303　　－　　－
*変更前	住所	〒
	事業主氏名	
	事業所名	
現保険者等の記号番号		岡 303　　－　　－
*変更後	住所	〒
	事業主氏名	
	事業所名	
*変更年月日		令和　　年　　月　　日
*変更の理由		1. 法人化　2. 住所変更　3. 事業主または管理者の変更 4. 個人化　5. 従業員5人以上　6. その他（　　）

上記のとおり届けます。　　令和　　年　　月　　日

〒　　－

住　所

＊ 組合員（変更後）　フリガナ

氏　名

電話番号

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長　殿