令和　　年　　月　　日提出

東レ健康保険組合理事長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主氏名

**事 業 主 関 係 変 更 届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号 | |  |  | | | | | | | | | |
| 届出の種類（該当事項を○で囲むこと） | 事　　　　項 | 変　　　　更　　　　後 | | 変　　　更　　　前 | | | | 変 更  年月日 | | 変更の事由 | |
| １．事業所所在地 | **〒** | | **〒** | | | |  | |  | |
| ２．事業所名称 |  | |  | | | |  | |  | |
| ３．事　業　主 |  | |  | | | |  | |  | |
| ４．事業主代理人 |  | |  | | | |  | |  | |
| ５．事業の種類 |  | |  | | | |  | |  | |
| ６．電話番号 |  | |  | | | |  | |  | |
| 担当部署 ：  担当者名 ： | | | | | 台 　帳 | 係 員 | G 　L | | 事 務 長 | | 常務理事 |
|  |  |  | |  | |  |