

健康保険 磁気媒体総括票

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

【備考】

事業所記号 _____

作成年月日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

資格取得届	件	月額変更届	件
資格喪失届	件	算定基礎届	件
被扶養者異動届	件	賞与支払届	件 総額(千円)
住所変更届(新規・変更)	件	届書合計	件

郵便番号	〒 _____ - _____
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	_____ (印)
電話番号	_____ - _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者氏名	_____ (印)
---------------------	-----------