

# 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	
電話番号	_____

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載 欄	
---------------------------	--