

変更届

令和 年 月 日

一般財団法人茨城県社会保険協会長 殿

変更前

事業所整理記号(必須)	
事業所名称(必須)	
事業所所在地(必須)	

変更後(該当する欄をご記入ください)

ふりがな		
事業所名称		
事業主または事業所を代表する者	印	
事業所所在地	〒	
電話番号		
被保険者数	名	※入会申込書送付時の年金事務所へ届出されている被保険者数をご記入下さい。
事業所整理記号		※事業所整理記号は、01イロハ又は01ABC若しくは健康保険証の氏名上部左上の記号(数字7桁もしくは8桁の数字)をご記入ください

※この入会申込書にご記入いただいた情報は、当協会事業以外の目的には使用いたしません。

FAX送信先

029-231-2522

一般財団法人茨城県社会保険協会

〒310-0021 水戸市南町三丁目4番12号

常陽海上ビル8階

Tel. 029-226-8005

Fax029-231-2522