

変 更 届

年 月 日

一般財団法人岩手県社会保険協会 行

FAX (019) 626-0252

【変更前】 全事項記入願います

協会会員番号	-		-		-				
ふりがな									
事業所名称									
事業所所在地	〒								
	電話番号								
ご加入の健康保険の種類	全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）								
どちらかに○をつけてください	組合管掌健康保険（組合健保）								
被保険者数	名			ご担当者名					
年金委員・健康保険委員	1. いる		2. いない		1. いる場合の人数		名		



【変更後】 変更箇所のみ、ご記入ください。（変更日 年 月 日）

ふりがな									
事業所名称									
事業所所在地	〒								
	電話番号								
ご加入の健康保険の種類	全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）								
どちらかに○をつけてください	組合管掌健康保険（組合健保）								
被保険者数	名			ご担当者名					
年金委員・健康保険委員	1. いる		2. いない		1. いる場合の人数		名		

↑ 変更箇所に「○」