変　更　届

平成　　年　　月　　日

(一財)岩手県社会保険協会　行　　**FAX(019)626－0252**

【変更前】

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 どちらかに○をつけてください		全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）		
		組合管掌健康保険（組合健保）		
被保険者数	名	ご担当者名		

【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 どちらかに○をつけてください		全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）		
		組合管掌健康保険（組合健保）		
被保険者数	名	ご担当者名		