

## 変更届（事業所、業種等の変更）

|                              |  |                           |                           |    |   |   |                                 |      |
|------------------------------|--|---------------------------|---------------------------|----|---|---|---------------------------------|------|
| 被保険者記号・番号                    |  | 変更年月日                     |                           | 令和 | 年 | 月 | 日                               |      |
| 変更区分                         | <input type="checkbox"/> 1. 事業所・状況 <input type="checkbox"/> 2. 事業所の住所 <input type="checkbox"/> 3. 業種変更   |                           |                           |    |   |   |                                 |      |
|                              | 変更後の業種   |                           |                           |    |   |   |                                 |      |
| 【現在の状況】<br>※該当事項に○印を付してください。 | ア. 一人親方（従業員を常時使用せずに一人で従事している方）<br>イ. 一人親方の事業に従事する同一世帯者（続柄：                      ）<br>ウ. 個人事業主（従業員を常時使用して従事している方）<br>エ. 個人事業主の事業に従事する同一世帯者（続柄：                      ）<br><small>※同一世帯者とは一人親方または個人事業主の営む事業に従事している者であって同一世帯を構成している者（住民票謄本に記載のある同一住所、同一生計の者）をいいます。</small><br>オ. 従業員数4人以下の個人事業所の従業員 } ※(注1)<br>カ. 従業員数5人以上の個人事業所の従業員 }<br>キ. 法人事業所の代表者 } ※(注2)<br>ク. 法人事業所の代表者以外の者（役員・従業員） } |                           |                           |    |   |   |                                 |      |
|                              | ① 事業所  | 所在地                       | (〒                      ) |    |   |   |                                 | フリガナ |
|                              | フリガナ   |                           |                           |    |   |   | フリガナ                            |      |
|                              | 連絡先  | TEL（固定電話）                 |                           |    |   |   | ※『固定電話』がない場合は、『携帯電話』の番号でかまいません。 |      |
| ② 事業主                        | 住所   | (〒                      ) |                           |    |   |   | フリガナ                            |      |
|                              | フリガナ   |                           |                           |    |   |   | フリガナ                            |      |
|                              | 連絡先  | TEL                       |                           |    |   |   | フリガナ                            |      |

※(注1)【現在の状況】のオとカの従業員数については、当国保組合の加入者以外を含めた常時従事する従業員数で判断してください。

※(注2)【現在の状況】のカ、キ、クは年金事務所から健保適用除外の承認を受けた方です。

(注3) 事業所等の状況の①及び②欄の記入について【現在の状況】がアの方のうち、自宅住所地以外の場所に事業所を構えている場合は①のみに記入してください。自宅住所地が事業所である場合は①及び②の記入は不要です。現在の状況がイ～クの方は①及び②を記入してください。

上記のとおり届けます。

令和           年           月           日

組合員氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署の場合は押印省略可

建設連合国民健康保険組合 殿

電話（日中連絡先） \_\_\_\_\_（           ）

※ 届け出する前によく読んでください。

変更区分が「1. 事業所・状況」の場合は、状況の確認ができる書類を添付してください。

変更区分が「3. 業種変更」の場合は、建設29業種または建設関連業（設計業、測量業及び地質調査業）に従事している

ことのわかる書類を添付してください。



|      |       |    |     |     |
|------|-------|----|-----|-----|
| 事務局長 | 事務局次長 | 課長 | 担当者 | 支部長 |
|      |       |    |     |     |

