

- ★ ご連絡有難う御座います
- ★ 変更内容等をご記入いただきFAXにてご送信下さい

事業所名
事業所所在地
代表者名
TEL・FAX

令和 年 月 日

社会保険；被保険者
氏名・住所変更連絡票

変更対象者氏名

変更内容

氏名の変更（訂正）
令和 年 月 日変更（戸籍等変更年月日）

変更（訂正）前 ↓ ↓	ふりがな
変更（訂正）後	ふりがな

個人番号（マイナンバー）

住所の変更（訂正）
令和 年 月 日変更（住民票変更日）

変更（訂正）前
〒 _____

変更（訂正）後
〒 _____

中小企業総務経理推進協会

厚生労働省認可：労働保険事務組合/社会保険労務士法人イースト

FAX送信先 → 043 (291) 6177

ご不明な点は TEL043 (291) 6101まで

送信日 _____