

中小事業主掛金変更(対象者追加)届 (定額)

連合会用
厚生労働省用

登録事業所番号				フリガナ			
事業所名称							
所在地	フリガナ						
	〒 _____ 連絡先電話番号 (_____)						
		都道府県	郡	市区町村			
変更年月	9: 令和	年	月	手続き ご担当者名	所属部署		

※変更年月の前月20日迄必着で送付ください。

※変更年月の翌月26日が納付月(引落月)となります。

①基礎年金番号 (10桁)	②氏名	③性別	④生年月日				⑤事業主掛金額 (千円単位)	留意点
-	フリガナ	① 男 ② 女	⑤ 昭和 ⑦ 平成	年	月	日		○掛金額が毎月定額の場合に使用します。月別掛金額の場合は本様式ではなく様式K-331を提出ください。 ○納付月は「変更年月」の翌月となります。 ○事業主掛金は千円単位で、1～22千円の範囲で記載ください。 (加入者掛金との合算額記載は不可(加入者掛金額は各対象者の方がそれぞれの運営管理機関で登録手続きください。)) ○変更年月の翌月以降で資格による掛金額の引上げが予定されている対象者の方は様式K-331で提出ください。
-	フリガナ	① 男 ② 女	⑤ 昭和 ⑦ 平成	年	月	日		
-	フリガナ	① 男 ② 女	⑤ 昭和 ⑦ 平成	年	月	日		
-	フリガナ	① 男 ② 女	⑤ 昭和 ⑦ 平成	年	月	日		
-	フリガナ	① 男 ② 女	⑤ 昭和 ⑦ 平成	年	月	日		

連合会	9: 令和	年	月	日	厚生労働省