

中小事業主掛金変更(対象者削除)届

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。

①基礎年金番号 (10桁)	②氏名	③性別	④生年月日				留意点
-	フリガナ	① 男 ② 女	⑤ 昭和 ⑦ 平成	年	月	日	○変更年月の翌月の事業主掛金が引落停止となります。 ○退職の場合は、K-012退職者に係る掛金引落停止依頼書も提出してください。(本変更届は事業主掛金の停止の登録のみです。K-012の提出がないと加入者掛金分の引落がされる場合があります。)
-	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