



中小事業主掛金変更(対象者情報変更)届

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 (- -)
	〒		
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。

※変更する対象者について記載してください。

必ず①②④⑤は記載し変更する項目にレ点を記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> ①基礎年金番号 (10桁)	<input checked="" type="checkbox"/> ②変更後の氏名	③変更前の氏名	<input checked="" type="checkbox"/> ④生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> ⑤性別
	フリガナ	フリガナ	⑤ 昭和 ⑦ 平成	① 男 ② 女
	フリガナ	フリガナ	⑤ 昭和 ⑦ 平成	① 男 ② 女
	フリガナ	フリガナ	⑤ 昭和 ⑦ 平成	① 男 ② 女
	フリガナ	フリガナ	⑤ 昭和 ⑦ 平成	① 男 ② 女
	フリガナ	フリガナ	⑤ 昭和 ⑦ 平成	① 男 ② 女
	フリガナ	フリガナ	⑤ 昭和 ⑦ 平成	① 男 ② 女
	フリガナ	フリガナ	⑤ 昭和 ⑦ 平成	① 男 ② 女

連合会	9 : 令和	年	月	日	厚生労働省