

事業所（勤務先）変更届

受付番号

※下記「念書及び承諾書」を承諾の上、記入押印または署名(直筆)下さい

記号 番号	整 国	業種	組合員	〒 — TEL () —	
		理 容	住所		
		美 容	氏名	⑩	
変更前	事業所名			変更後	〒 — TEL () —
	事業主氏名				大阪府
	(支 — 店)				事業所住所
	以前の集金単位 ()				事業所名
			変更後の納付方法	事業主氏名	⑩
			組合 () 支部	(支 — 店)	
			店(給与天引)		
			UFJ・三井住友・ゆうちょ	() 支部 支部長	⑩
年 月 日			個 人		
			UFJ・三井住友・ゆうちょ		

上記の通り各種書類を添えて届出します

大阪府整容国民健康保険組合理事長殿

保険料徴収	常務理事	検	入力	個人証明
/				
振込・現金				

念書 及び 承諾書

1. 賦課される保険料は、組合員の責任において（店一括の時は事業主の責任において）納入すること（保険料3ヶ月滞納すると規約により除名処分となり、除名日以降の保険使用・再度の加入は出来ません）
1. 被保険者や事業所の変更事由（住所・氏名・喪失・事業所形態の変更等）が生じた際は必要書類を添えて事業主の責任において速やかに届出ること
1. 事業主は当組合の求めに応じ、資格・職種調査（法人・個人・理美容従事者の確認等）に必要な書類・証明を適時提出すること（個人店は年1度確定申告書(所得税及び復興特別所得税申告書 第一・二表)控を提出すること）
1. 国民健康保険事業に関し、組合が必要と認めるときは、個人情報を第三者に提供する場合があります