

事業所（勤務先）変更届

記入しないでください

※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 理 容 美 容	組合員 住所 氏名	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区××-×-×××号 整国 太郎	TEL (×××) △△△△-××××
----------	-----	------------------	-----------------	--------------------------------------	-----------------------

変更前	事業所名	カットサロン 理国	変更後	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	TEL (××) △△△△-××××	
	事業主氏名	天満 四郎		大阪府 事業所住所	大阪市北区天満橋〇-〇-〇	
		記入しないでください				
以前の集金単位 ()		変更後の納付方法		事業所名		理容 整容
		組合 () 支部		事業主氏名		大阪 一郎
		店(給与天引)		()		記入しないでください
		UFJ・三井住友・ゆうちょ		※組合集金・支部長の記入押印を必要とする場合はこちらをお願いします		
		個人				
		UFJ・三井住友・ゆうちょ				

年 月 日

送付先

〒530-0042

大阪市北区天満橋3-4-28
大阪府整容国民健康保険組合 宛

TEL 06-6351-8901

大阪府整容国民健康保険組合理事長殿

記入しないでください

振込・現金

- (新店舗分) 保健所開設届(写し)又は事業所承継届(写し)
(新店舗分) 保健所検査確認済証(写し)
(事業主) 最新分 確定申告書(所得税および復興特別所得税) 第一・二表(写し)

変更後の事業所での保険料収納方法いずれか選択
(✓ 及び銀行名に○)してください

念書 及び 承諾書

- 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)
- 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
- 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)
- 国民健康保険事業に関し、組合が必要と認めるときは、個人情報第三者に提供する場合があります

申請用紙に記入押印の上、
必要書類を添えて整容国保まで
ご申請ください