

常務理事	事務長	担当者	

健康保険 被保険者区分変更届

事業所記号		令和 年 月 日提出
事業所所在地	〒 -	受付日付印
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

被保険者①	被保険者番号		氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
	変更後区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	変更 年月日	令和 年 月 日	備考	

被保険者②	被保険者番号		氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
	変更後区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	変更 年月日	令和 年 月 日	備考	

被保険者③	被保険者番号		氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
	変更後区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	変更 年月日	令和 年 月 日	備考	

被保険者④	被保険者番号		氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
	変更後区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	変更 年月日	令和 年 月 日	備考	

※この届書は、「特定適用事業所」における被保険者が「通常の労働者」から「短時間労働者」に変更した場合、または「短時間労働者」から「通常の労働者」に変更した場合に提出してください。