

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	6 6 0 1	令和××年××月××日提出	
事業所所在地	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇××-××		受付日付印
事業所名称	〇〇〇〇株式会社		
事業主氏名	〇 〇 〇 〇		
電話番号	1 1 1 (2 2 2) 3 3 3 3		

被保険者①	被保険者番号	3 7	氏名	健 保 花 子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日
	変更後区分	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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。