

- この届は3枚1組で記入してください。
- 個人事業所から法人事業所に事業形態が変わる時は、速やかに組合まで届出てください。
※健康保険と厚生年金保険の強制適用となりますので、会社設立から14日（厚生年金保険被保険者資格取得届は5日）以内に『健康保険適用除外承認申請書』を年金事務所へ提出し、承認を受けた場合のみ食品国保へ継続加入できます。
- 個人事業所であっても販売業、製造業等については従業員が5人以上となった場合、速やかに組合まで届出てください。
※健康保険と厚生年金保険の強制適用となりますので、『健康保険適用除外承認申請書』を年金事務所へ提出し、承認をうけた場合のみ食品国保へ継続加入できます。
- 下記の必要書類を添付の上、速やかに届出してください。

事業所の所在地や名称が 変わったとき	○営業許可証の写し ○事業所確認書	
事業形態が 変わったとき	個人から法人に	○登記簿謄本の写し ○営業許可証の写し ○事業所確認書 ○適用通知書の写し ○健康保険適用除外承認証の写し
	法人から個人に	○登記簿謄本の写し(解散の期日等記載されているもの) ○厚生年金の資格喪失届の写し ○営業許可証の写し ○事業所確認書

記入例 (事業所名が変わったとき)

事業所 変更届

【食品国保へ提出】

所属団体名 **〇〇〇△△△同業組合**

内ご記入ください。

被保険者番号 (12桁)	1	8	8	0	1	2	3	4	0	0	0	0
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(該当項目に○をつけてください)

変更項目	<input checked="" type="radio"/> 事業所名	<input type="radio"/> 事業所住所	<input type="radio"/> 事業形態	<input type="radio"/> 厚年適用
------	---------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------

変更をする項目についてのみご記入ください。

変更前	事業形態	個人	株式・有限・合同・合名・合資	所在地	〒				
	厚年適用	無	有(強制適用)・有(任意適用)		大阪府	市・町	村		
	フリガナ	コクホソバ							
	事業所名	国保そば			TEL				

すべての項目についてご記入ください。

変更後	事業形態	個人	株式・有限・合同・合名・合資	所在地	〒	5	4	2	0	0	8	3			
	厚年適用	無	有(強制適用)・有(任意適用)		大阪府	大阪	市	中央区							
	フリガナ	ケンコウショクドク			東心斎橋 1-1-10										
	事業所名	健康食堂			料理会館ビル										
					TEL	0	6	6	2	5	1	5	2	1	1

上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和 **6** 年 **9** 月 **1** 日

事業主
氏名

国 保 健 康

国
保

大阪府食品国民健康保険組合理事長 殿