

# 健康保険 磁気媒体届書総括票

常務理事	事務長	事務課長	担当

作成年月日： 年 月 日

事業所番号 \_\_\_\_\_

届出総件数

資格取得届	件	月額変更届	件
資格喪失届	件	算定基礎届	件
		賞与支払届	件
		届書合計	件

【備考】

年 月 日提出

受付日付印

郵便番号 事業所所在地	印
事業所名称	
事業主氏名 電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者氏名	印
---------------------	---