

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：平成〇〇年〇〇月〇〇日

事業所番号 〇〇〇〇〇

届出総件数

資格取得届	〇〇	件	月額変更届	〇〇	件
資格喪失届	〇〇	件	算定基礎届	〇〇	件
			賞与支払届	〇〇	件
			届書合計	〇〇〇	件

【備考】

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	

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出

受付日付印

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