

事務長	担当

埼玉県薬剤師国民健康保険組合

経営形態変更に伴う

事業所概要書

※

%

フリガナ			
店舗名称			
フリガナ			
店舗所在地	〒		
変更後の経営形態 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人(任意適用)	(法人の場合は登記簿上の正式な法人名称を書いてください。)		
フリガナ			店舗の電話番号及びFAX
事業主氏名			TEL ( ) FAX ( )
埼玉県薬剤師会 確認欄	変更届 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	平成 年 月 日 変更	※ 確認 (印)
上記のとおり経営形態を変更したので、届け出いたします。			
平成 年 月 日			
★ 事業主 組合員	フリガナ		
	自宅住所	〒	
	フリガナ		
	氏 名	(印)	自宅電話番号 ( )
埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様			

(注)

- この届けは、既加入の事業所(薬局)が、経営形態を変更するときに提出する申請書です。  
(個人→法人 法人→個人 個人→個人(任意適用))  
この届けとは別に「事業主・店舗各種変更届」の提出も必要となります。
- ★第1種組合員とは、埼玉県薬剤師会会員であって、薬局又は医薬品販売業の開設者又は管理者で組合同約第4条の地区内に住所を有する者とします。
- 欄は、該当する箇所に ✓ 印をしてください。
- ※欄は、組合記入欄ですので記載しないでください。

★ 個人→法人へ変更する際は、厚生年金への加入手続きも必要ですので、『健康保険被保険者適用除外承認申請書』も併せて、組合へ提出してください。

