

勤務形態変更届

事務長	担当

(この申請書は協会けんぽ適用事業所に雇用されている
従業員の勤務形態に変更があった場合の申請書です)

※
%

被保険者証の記号・番号	記号	番号
フリガナ		
被保険者氏名		

変更内容	1. 厚生年金対象者から非対象者へ変更
	2. 厚生年金非対象者から対象者へ変更
・該当する変更内容の番号に○をしてください	

変更年月日	平成 年 月 日
-------	----------

勤務先	所在地	〒 電話番号 ()
	名称	

上記のとおり届けます。
平成 年 月 日

店舗名称	
店舗所在地	〒
店舗電話	()
事業主氏名 (第1種・第5種)	㊞

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

- (注)
- この届けは、厚生年金対象者から非対象者、非対象者から対象者など勤務形態に変更があった場合に提出してください。
 - 協会けんぽ適用事業所に勤務する厚生年金非対象者で、厚生年金対象者に変更する場合は「適用除外承認申請書」の提出が必要です。
 - 協会けんぽ適用事業所に勤務する厚生年金対象者が、勤務時間の短縮等により厚生年金非対象者になる場合は、「厚生年金喪失届」(写)を添付してください。
 - ※印欄は組合記入欄ですので、記入しないでください。

補助率	証明	システム
従来→新規		
新規→従来		
従来→従来		

