

健康保険 磁気媒体届書総括票

作成年月日 : 令和 年 月 日

F D 識別情報 _____

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】

取得者 マイナ保険証の有無
有 無

令和 年 月 日提出

郵便番号	Ⓜ
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付日付印

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