# 労働保険名称、所在地等変更届の記入例

様式第2号（第5条関係）

提出用

労働保険　名称、所在地等変更届

下記のとおり届事項に変更があったので届けます。

平成29年4月11日

種別 31604

福岡中央労働基準監督署長 殿
公共職業安定所長

※修正項目番号　※漢字修正項目番号

※労働保険番号：府県 40　所掌 10　管轄(1) 10　基幹番号 10000　枝番号 000

変更後の事業所

⑪住所（カナ）：郵便番号 812-4011　住所 市・区・郡名 フクオカシ
住所（つづき）町村名 チュウオウクタ゛イミョウ
住所（つづき）丁目・番地 2-1-36
住所（つづき）ビル・マンション名等 シンニホンヒ゛ル○○コ゛ウシツ

⑫住所（漢字）：住所 市・区・郡名 福岡市
住所（つづき）町村名 中央区大名
住所（つづき）丁目・番地 2-1-36
住所（つづき）ビル・マンション名等 新日本ヒ゛ル○○号室

⑬名称・氏名（カナ）：名称・氏名
名称・氏名（つづき）
名称・氏名（つづき）
電話番号 092-434-9801

⑭名称・氏名（漢字）：名称・氏名
名称・氏名（つづき）
名称・氏名（つづき）

変更前

①事業主 住所又は所在地 / 氏名又は名称

②事業所 所在地 郵便番号 812-0013 福岡市中央区赤坂1-3-8 FNビル○○号室 電話番号 092-434-9803
名称

③事業所 住所 郵便番号 812-0013 福岡市中央区赤坂1-3-8 FNビル○○号室 電話番号 092-434-9803
名称・氏名

④事業の種類

⑤事業予定期間 年 月 日から 年 月 日まで

⑥事業主 住所又は所在地 / 氏名又は名称

⑦事業所 所在地 郵便番号 812-0011 福岡市中央区大名2-1-36 新日本ビル○○号室 電話番号 092-434-9801
名称

⑧事業の種類

⑨変更理由：移転のため

⑤事業終了予定年月日（元号：平成は7）：元号 - 年 - 月 - 日

⑩変更年月日（元号：平成は7）：元号 7 - 29 年 - 04 月 - 01 日

※変更後の労働保険番号：府県 / 所掌 / 管轄(1) / 基幹番号 / 枝番号

⑪変更後の元請労働保険番号：府県 / 所掌 / 管轄(1) / 基幹番号 / 枝番号

⑮変更後の事業所番号

※保険関係等区分　※府県区分　※管轄(2)

※産業　※産業分類　※特掌コード　※片保険理由コード　※データ提示コード　※再入力区分

※修正項目（英数・カナ）

※修正項目（漢字）

事業主
住所 福岡市中央区大名2-1-36 新日本ビル○○号室
記名押印又は署名
氏名 株式会社 労働局 代表取締役 労働大助 印
（法人のときはその名称及び代表者の氏名）

(23.3)

「変更後の事業所」
・変更事項のみ記入してください。
・<カナ>には、カタカナと「ー」のみを使用し、英字はカタカナに置き換えて読みやすいよう適宜区分して記入してください。
・<漢字>には漢字・ひらがな・カタカナの他、英字にて正しく記入してください。

⑧「事業の種類」
・事業内容が変更になった場合、保険率が変更されることがあるので具体的に記入してください。

# 雇用保険事業主事業所各種変更届の記入例

## 雇用保険事業主事業所各種変更届

（必ず第２面の注意事項を読んでから記載してください。）

※ 事業所番号

帳票種別：12003

※1. 変更区分：

2. 変更年月日：4－29 06 20（元号 年 月 日）

3. 事業所番号：4900－123456－7

4. 設置年月日：4－28 06 06（3 昭和 4 平成）（元号 年 月 日）

●下記の5～11欄については、変更がある事項のみ記載してください。

5. 法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）：1234567891011

6. 事業所の名称（カタカナ）：カブシキガイシャ

事業所の名称〔続き（カタカナ）〕：コヨウホケン タチカワシテン

7. 事業所の名称（漢字）：株式会社

事業所の名称〔続き（漢字）〕：雇用保険 立川支店

8. 郵便番号：190－8509

10. 事業所の電話番号（項目ごとにそれぞれ左詰めで記入してください。）：03－3987－0000（市外局番 市内局番 番号）

9. 事業所の所在地（漢字） 市・区・郡及び町村名：立川市緑町

事業所の所在地（漢字） 丁目・番地：4-2

事業所の所在地（漢字） ビル、マンション名等：

11. 労働保険番号：5011234567800 0（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）

※公共職業安定所記載欄：12. 設置区分（1 当然 2 任意）13. 事業所区分（1 個別 2 委託）14. 産業分類

| | | | |
|---|---|---|---|
| 変更事項 15. 事業主 | （フリガナ）トウキョウトチヨダクカスミガセキ<br>住所（法人のときは主たる事務所の所在地）：東京都千代田区霞が関1－2－2 | 18. 変更前の事業所の名称 | （フリガナ）カブシキガイシャ コヨウホケン イケブクロシテン<br>株式会社 雇用保険 池袋支店 |
| | （フリガナ）カブシキガイシャ コヨウホケン<br>名称：株式会社 雇用保険 | 19. 変更前の事業所の所在地 | （フリガナ）トシマクヒガシイケブクロ<br>豊島区東池袋3－5－13 |
| | （フリガナ）ダイヒョウトリシマリヤク コヨウタロウ<br>氏名（法人のときは代表者の氏名）：代表取締役 雇用太郎 | 20. 事業の開始年月日 | 平成28 年 6 月 6 日 |
| 16. 変更後の事業の概要 | 保険事業 | ※21. 事業の廃止年月日 | 平成 年 月 日 |
| 17. 変更の理由 | 事業所の移転及び社名変更 | 22. 常時使用労働者数 | 30 人 |
| | | 23. 雇用保険担当課名 | 管理 課 庶務 係 |

24. 社会保険加入状況：健康保険 厚生年金保険 労災保険

25. 雇用保険被保険者数：一般 30人 日雇 人

26. 賃金支払関係：賃金締切日 20日 賃金支払日 翌月 25 日

備考：

※ 所長 次長 課長 係長 係 操作者

（この届出は、変更のあった日の翌日から起算して10日以内に提出してください。）

2016. 4

**2「変更年月日」3「事業所番号」4「設置年月日」**
・「０」も省略せず、枠すべてに記入してください。

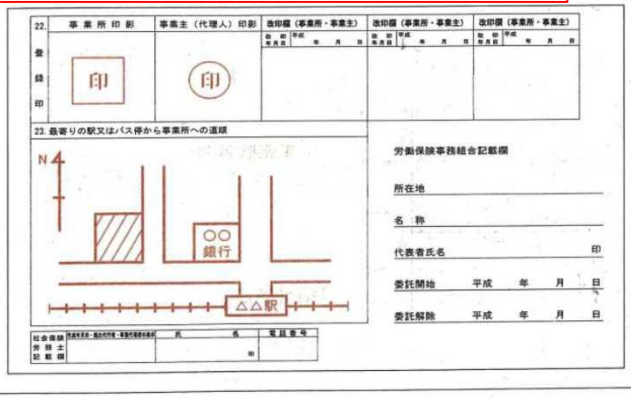
**5「法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）」**
・法人番号（国税庁から通知される１３桁の番号）を記入してください。

**6 および 7「事業所の名称」、8「郵便番号」、9「事業所の所在地」、10「事業所の電話番号」**
・変更事項のみを記入してください。ただし、事業所の所在地が変更になった場合は、変更となった所在地全てを記入してください。

**11「労働保険番号」**
・所在地移転・事業内容の変更等により労働保険番号が変更になったとき記入してください。ただし、他のハローワークの管内から移転した場合は、変更がなくても記入してください。

**16「変更後の事業の概要」**
・事業内容が変更になった場合は、変更後の事業内容を具体的に記入してください。

**※ 裏面も忘れずに記入してください**




・各種届出書の事業所印、事業主印について

1．事業所印、事業主印が含まれている場合の例

2．事業所印、事業主印が別になっている場合の例

（1）役職印の場合

（2）役職印がない場合（私印）

**27「登録印」28「最寄りの駅又は…」**
・押印及び記入してください。
・事業主欄についても、忘れずに記入のうえ、押印してください。