（様式第６号）

被用者保険等保険者新設等届

令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金理事長　殿

下記のとおりお届けします。 所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者名

記

担当者

異動年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 令和　　年　　月　　日届出の事由 |  | 1.新設　　　　2.合併成立　　　　3.合併存続4.分割成立　　5.分割存続　　　　6.解散承継7.保険者の名称等の変更 |
| 異動前 | 名　称 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 代表者の氏名及び住所 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 名　称 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 代表者の氏名及び住所 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 異動後 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　称 |  |
| 郵便番号 | ― | 電話番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 所在地 |  |
| 代表者の氏名及び住所 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏　名 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 住　所 |  |
|  | 氏　　　　名 |  | 部署名 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 備考 |  |

 　(注)届け出の事由については、該当番号を〇で囲んで下さい。

作 成 要 領

１　この被用者保険等保険者新設等届は、保険者の新設、合併、分割等により異動があった

場合に作成し、14 日以内に基金本部へ提出してください。

２　保険者新設の場合は、異動前の欄を斜線で抹消し異動後の各欄に記入してください。

３　保険者合併の場合に合併前の保険者が３者以上であるときの異動前の記入については、

この様式を２枚以上使用し、異動後の保険者は1枚目に記入してください。

４　保険者分割の場合は、分割前の保険者を異動前の欄に記入し、分割保険者それぞれから

提出してください。

５　解散保険者の権利義務を継承した保険者は、異動前の欄には解散した保険者を、異動後

の各欄には権利義務を継承した保険者を記入してください。

６　届出の事由「7.保険者の名称等の変更」の場合は、保険者の名称、所在地及び担当者欄の

該当欄に変更事項を記入するとともに、異動後の保険者番号欄に保険者番号を記入してく

ださい。