

～社会保険協会からのお知らせ～

★ 会員事業所変更届のご提出について ★

【会員事業所の皆様へ】

2024年度も社会保険協会会費の納入につきまして、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
事業所名称、住所、事業所記号番号、被保険者数などに変更がある場合は、お手数ですが、下記の「会員事業所変更届」にご記入の上、FAXまたは電子メールにてご連絡下さい。



会員事業所変更届

【変更前】 払込取扱票や宛名シールに印字されている内容をご記入下さい。

事業所名 ※入力必須	
事業所住所 ※入力必須	〒 —
電話番号	
事業所整理記号 事業所番号	— 【記入例】 那 - アイウ 1111 ※宛名事業所名の下欄に記載されています



【変更内容】 (※変更がある項目のみご記入ください)

事業所名	
事業所住所	〒 —
電話番号	
被保険者数	名 ※職員（被保険者）数に変更がある場合にご記入ください。 「年会費」は、被保険者数の人数に応じて金額変更となります。
事業所整理記号 事業所番号	※住所変更がある場合に事業所整理記号番号が変更となる場合がございます。 —

会費額算定基準表

職員（被保険者）数	会費（年額）	職員（被保険者）数	会費（年額）
1人以上～20人未満	3,000円	100人以上～300人未満	19,500円
20人以上～50人未満	5,500円	300人以上～500人未満	32,500円
50人以上～100人未満	10,500円	500人以上～	45,500円

送付先

一般財団法人沖縄県社会保険協会 へ

FAX 098-861-2682 TEL 098-861-2681  
E-mail : okisyakyo@ryucom.ne.jp