

届書コード	処理区分	届書
1 0 5		

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

健康保険 厚生年金保険 適用事業所 所在地 名称 変更(訂正)届(管轄内)

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ※印欄は記入しないでください。

変更前	① 事業所整理記号		② 事業所番号		送信	⑦ 事業所名称			
	※					⑧ 事業所所在地		〒 ー	
変更中	⑦ 変更年月日		③ ※ 事業所整理記号		⑨ ※ 事業所番号		④ 事業所名称		フリガナ
	平成 7	年 月 日							
変更後	⑤ 郵便番号		⑥ 事業所所在地		※市区町村コード	フリガナ			
⑦ 事業所の電話番号				⑩ ※ 健康保険被保険者の不		送言		⑪ 変更事由	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	印
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

【注意事項】

1. 事業所の所在地、名称（個人事業所であるときは、事業主の氏名）の変更があった場合は、変更日から5日以内に届け出てください。
2. 現在、口座振替にて保険料を納付している事業所で、事業所の名称（口座名義）が変更になる場合は、「保険料口座振替納付（変更）申出書」の提出が必要です。

【記入の方法】

1. この届書は、事業所の名称を変更した場合、または所在地（または住所）を変更した場合に提出するものですが、名称のみ変更した場合は「名称」の文字を、所在地（または住所）のみを変更した場合は「所在地」の文字を、名称および所在地（または住所）の両方が変更になった場合は「所在地」および「名称」の両文字をそれぞれ○印で囲んでください。
2. 厚生年金保険のみ適用になっている事業所については、標題の「厚生年金保険」の文字を○印で囲んでください。
3. ①および②は、「被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書」に記載されている「事業所整理記号」および「事業所番号」を記入してください。
4. ③は年月日が1桁の場合は前に0を付してそれぞれ2桁として記入してください。
5. ④の事業所名称のフリガナは、株式会社を「カ」、合名会社を「メ」、合資会社を「シ」及び有限会社を「ユ」と略して記入してください。ただし前記以外の法人については、そのままフリガナで記入してください。
6. ⑦は電話番号の市外局番と市内局番及び市内局番と加入番号の間には、「-」を記入してください。
7. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【添付書類】

法人事業所は法人登記簿謄本のコピーを、個人事業所は、所在地変更の場合は事業主の住民票のコピー、名称変更の場合は名称が確認できる書類（公共料金の領収書のコピー等）を添付してください。

なお、法人登記簿または住民票上の所在地と事業を行っている所在地が異なる場合は、所在地の確認できる書類（賃貸契約書の写し等）を添付してください。

※添付書類のうち、法人登記簿謄本のコピーおよび住民票のコピーは、直近の状態を確認するため、提出日から遡って90日以内に発行されたものを添付してください。

※本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

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

120003

※1 変更区分

2 変更年月日

4-1-1 年 月 日

4 設置年月日

3-1-1 年 月 日 (3 昭和 4 平成)

元号

元号

年

月

日

(3 昭和 4 平成)

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

月

日

日

年

注意

- で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行いますので、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
- 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、※印のついた欄又は記入枠には記載しないでください。
- 記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめの文字によって明瞭に記載してください。
- 2欄の記載は、元号をコード番号で記載した上で、年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。（例：平成15年4月1日→）
- 3欄の記載は、公共職業安定所から通知された事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。
（例：1301000001の場合→）
- 4欄には、雇用保険の適用事業となるに至った年月日を記載してください。記載方法は、2欄の場合と同様に行ってください。
- 5欄には、平成27年10月以降、国税庁長官から本社等へ通知された法人番号を記載してください。
- 6欄には、数字は使用せず、カタカナ及び「-」のみで記載してください。
カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→、パ→）、また、「中」及び「工」は使用せず、それぞれ「ナ」及び「エ」を使用してください。
- 7欄及び9欄には、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字体とする。）により明瞭に記載してください。
小さい文字を記載する場合には、記入枠の下半分に記載してください。（例：ア→）
また、濁点及び半濁点は、前の文字に含めて記載してください。（例：が→、ば→）
- 9欄1行目には、都道府県名は記載せず、特別区名、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記載してください。
9欄2行目には、丁目及び番地のみを左詰めで記載してください。
- また、所在地にビル名又はマンション名等が入る場合は9欄3行目に左詰めで記載してください。
- 10欄には、事業所の電話番号を記載してください。この場合、項目ごとにそれぞれ左詰めで、市内局番及び番号は「□」に続く5つの枠内にそれぞれ左詰めで記載してください。（例：03-3456-XXXX→）
- 27欄は、事業所印と事業主印又は代理人印を押ししてください。
- 28欄は、最寄りの駅又はバス停から事業所への道順略図を記載してください。

お願い

- 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。
- 営業許可証、登記事項証明書その他の記載内容を確認することができる書類を持参してください。

27	事業所印影	事業主（代理人）印影	改印欄（事業所・事業主）				改印欄（事業所・事業主）					
			改印年月日	平成	年	月	日	改印年月日	平成	年	月	日
登録印												

28. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順

労働保険事務組合記載欄

所在地

名称

代表者氏名

委託開始

委託解除

印

上記のとおり届出事項に変更があったので届けます。

公共職業安定所長 殿

住所

事業主 氏名

記名押印又は署名
印

社会保険 労務士 記載	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号

※本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。

なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができます。本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

【記入に当たっての注意事項】

- 1 で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学文字読取装置（OCR）で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。なお、※印のついた欄又は記入枠には記入しないこと。
- 3 記入枠の部分は、必ず、黒色のボールペンを使用し、枠からはみださないように大きめのカタカナ、漢字、ひらがな及びアラビア数字で明瞭に記入すること。
- 4 事業主の氏名（法人のときはその名称及び代表者の氏名）記入欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記入すること。
- 5 ①欄には、変更前における事業の所在地及び名称を記入すること。
- 6 ②欄には、変更前における事業主の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）・名称・氏名（法人の場合は名称のみ）を記入すること。
- 7 ③欄には、変更前における事業に適用されている「労災保険率適用事業細目表」に掲げられた該当する事業の種類を記入すること。
- 8 ④欄には、有期事業について変更前における事業の期間を記入すること。
- 9 ⑤欄には、変更後における事業の所在地及び名称を記入すること。
- 10 ⑥欄には、変更後における事業に適用される「労災保険率適用事業細目表」に掲げられた該当する事業の種類を記入すること。
- 11 ⑦欄には、当該変更を行った理由を記入すること。
- 12 ⑧欄には、現在付与されている労働保険番号を記入すること。
- 13 ⑨欄から⑫欄には、変更後における事業主の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）・名称・氏名（法人の場合は名称のみ）を指定された表記により記入すること。
- 14 ⑬欄には、有期事業について変更後の事業終了予定年月日を記入すること。
- 15 ⑭欄には、届出事項について変更があった年月日を記入すること。
- 16 ⑮欄には、変更後の元請負人の労働保険番号を記入すること。

届書コード	処理区分	届書
1 1 0		

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

健康保険 適用事業所 所在地 変更(訂正)届(管轄外)
厚生年金保険

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。

変更前	① 年 金 事務所符号	② 事業所整理記号		③ 事業所番号	送 信	⑦ 事業所名称			
	※	※				⑧ 事業所所在地	〒 —		
変更	④ 事業開始年月日		⑤ ※ 事業所整理記号		⑨ ※ 事業所番号	フリガナ			
	平成 7	年	月	日			⑩ 事業所名称		
変更後	⑦ 郵便番号	⑧ 事業所所在地		※市区町村 コード	フリガナ				
	⑪ 事業所の 電話番号	⑫ ※ 健康保険 被保険者証 の 不 要			送 信	⑬ 変更事由	⑭ 保険料口座振替の継続の有無		有・無
							⑮ 預金口座の変更の有無		有・無

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	印
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

【注意事項】

1. 事業所の所在地、名称（個人事業所であるときは、事業主の氏名）の変更があった場合は、変更日から5日以内に届け出てください。
2. この届書は、変更前の所在地を管轄する年金事務所に提出してください。

【記入の方法】

1. この届書は、所在地（または住所）を変更した場合に提出するものですが、所在地（または住所）のみを変更した場合は「所在地」の文字を、名称及び所在地（または住所）の両方が変更になった場合は「所在地」および「名称」の両文字をそれぞれ○印で囲んでください。
2. 厚生年金保険のみ適用になっている事業所については、標題の「厚生年金保険」の文字を○印で囲んでください。
3. ②および③は、「被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書」に記載されている「事業所整理記号」および「事業所番号」を記入してください。
4. ④は、都道府県外に所在地変更した場合に、変更後の所在地で事業を開始した年月日を記入してください。
年月日が1桁の場合は、前に0を付してそれぞれ2桁として記入してください。
5. ⑥の事業所名称のフリガナは、株式会社を「カ」、合名会社を「メ」、合資会社を「シ」および有限会社を「ユ」と略して記入してください。ただし、前記以外の法人については、そのままフリガナで記入してください。
6. ⑨は、電話番号の市外局番と市内局番及び市内局番と加入番号の間には、「-」を記入してください。
7. ④は、現在、口座振替にて保険料を納付している事業所において、口座振替の継続の有・無について、いずれか該当するほうを○印で囲んでください。
8. ②は、④で「有」を選択した場合に、預金口座の変更の有無について、いずれか該当するほうを○印で囲んでください。
「有」：新たに別の預金口座で保険料を納付する場合、または事業所の名称（口座名義）が変更になる場合
「無」：事業所名称の変更がなく、引き続き登録されている預金口座で保険料を納付する場合
なお、「有」を選択した場合は、「保険料口座振替納付（変更）申出書」の提出が必要です。
9. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【添付書類】

法人事業所は、法人登記簿謄本のコピーを添付してください。個人事業所は、所在地変更の場合は事業主の住民票のコピー、名称変更の場合は名称が確認できる書類（公共料金の領収書のコピー等）を添付してください。
法人登記簿または住民票上の所在地と事業を行っている所在地が異なる場合は、所在地の確認できる書類（賃貸契約書の写し等）を添付してください。

※添付書類のうち、法人登記簿謄本のコピーおよび住民票のコピーは、直近の状態を確認するため、提出日から遡って90日以内に発行されたものを添付してください。

※本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

届書コード	届書
1 0 4	

健康保険 厚生年金保険 事業所関係変更(訂正)届(処理票)

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担当者

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでよくお読みください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

① 事業所整理記号		② 事業所番号		送信	④ 業態区分				⑥※ 適用区分				⑧ 電話番号				
					強制 0. 任適 1. 任単 2. 国等の事業所 (4を除く) 3. 債権管理法適用除外事業所 4.												
⑩ 事業主又は代表者の氏名						⑦ 事業主又は代表者の住所						⑪ 変更年月日					
変更後 (7桁) (氏)		(名)		〒		—								平成 年 月 日			
変更前 (氏)		(名)		〒		—											
⑫※ 全喪原因		⑭ 昇給月		⑮ 賞与支払予定月				⑯ 現物給与の種類		⑳ 事業主代理人		㉑ 算定基礎雇用紙作成		㉒ 賞与雇用紙作成		㉓ 提出形態表示	
解散 1. 任適脱退認可 4. 休業 2. 認定全喪 5. 合併 3. その他 7.		1回目 2回目 3回目 4回目		1回目 2回目 3回目 4回目		1回目 2回目 3回目 4回目		食事 1. 定期券 4. 住宅 2. その他 5. 被服 3. ()		無 0 有 1		要 0 不要 1 CD要 2		要 0 不要 1 CD要 2		無 # 有 1	
⑰ 事業主代理人の氏名				⑱ 事業主代理人の住所				㉔ 選(解)任年月日		㉕ 社会保険労務士コード		㉖ 社会保険労務士名					
変更後		〒		—		平成 年 月 日 選任											
変更前		〒		—		平成 年 月 日 解任		㉗ 年金委員名 1 (7桁) (氏) (名)		㉘ 年金委員名 2 (7桁) (氏) (名)							
⑳ 健康保険組合名				㉙ 会社法人等番号 (㉚ 変更年月日 平成 年 月 日)				㉛ 法人番号 (㉜ 変更年月日 平成 年 月 日)									
(7桁)		㉝ 変更前				㉞ 変更前											
健康保険組合		㉟ 変更後				㊱ 変更後											
㊲ 個人・法人等区分				㊳ 本・支店区分				㊴ 内・外国区分				㊵ 備考					
㊲ 変更前		1. 法人事業所 3. 国・地方公共団体 2. 個人事業所		㊳ 変更前		1. 本店 2. 支店		㊴ 変更前		1. 内国法人 2. 外国法人		送信					
㊲ 変更後		1. 法人事業所 3. 国・地方公共団体 2. 個人事業所		㊳ 変更後		1. 本店 2. 支店		㊴ 変更後		1. 内国法人 2. 外国法人							
事業所所在地 〒 —				事業所名称				平成 年 月 日 提出				受付日付印					
事業主氏名				事業主氏名 () 局 番				社会保険労務士の提出代行者印									
電話番号																	

【記入の方法】

1. ①及び②は必ず記入してください。その他の欄については、変更があった場合のみ記入してください。
2. ⑧の電話番号の市外局番と市内局番及び市内局番と加入番号の間には「-」を記入してください。
3. ⑭及び⑯は次のように記入してください。

(例) 昇給月が6月と12月の場合

月	月	月	月
06	12

4. ⑱の現物給与とは、食事、住宅貸与、被服支給及び定期券支給など報酬の一部又は全部を通貨以外のもので支給する場合です。該当する文字全てを○印で囲んでください。
5. ㉔は該当する文字を○印で囲んでください。
6. ㊦㊧㊨㊩に変更がある場合は、「変更前」と「変更後」それぞれの欄に記入又は該当する項目を○で囲んでください。なお、㊦㊧に変更がある場合は、あわせて変更年月日を記入してください。
7. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【添付書類】

1. 法人番号を変更する場合は、法人番号指定通知書等のコピーを添付してください。
2. 会社法人等番号を変更する場合は、法人登記簿謄本のコピーを添付してください。

【記入の方法】

1. ①及び②は必ず記入してください。その他の欄については、変更があった場合のみ記入してください。
2. ⑧の電話番号の市外局番と市内局番及び市内局番と加入番号の間には「-」を記入してください。
3. ⑭及び⑯は次のように記入してください。

(例) 昇給月が6月と12月の場合

月	月	月	月
06	12

4. ⑱の現物給与とは、食事、住宅貸与、被服支給及び定期券支給など報酬の一部又は全部を通貨以外のもので支給する場合です。該当する文字全てを○印で囲んでください。
5. ㉔は該当する文字を○印で囲んでください。
6. ㉕㉖㉗㉘㉙に変更がある場合は、「変更前」と「変更後」それぞれの欄に記入又は該当する項目を○で囲んでください。なお、㉕㉖に変更がある場合は、あわせて変更年月日を記入してください。
7. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【添付書類】

1. 法人番号を変更する場合は、法人番号指定通知書等のコピーを添付してください。
2. 会社法人等番号を変更する場合は、法人登記簿謄本のコピーを添付してください。

届書コード			届書
1	0	2	

健康保険 適用事業所全喪届
厚生年金保険

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※「印欄」は記入しないでください。

① 事業所整理記号		② 事業所番号		送 信	③ 全 喪 年 月 日		④ 全 喪 の 原 因		送 信	⑤ 事 業 所 名 称		
※					平成		年			月		日
⑥ 全 喪 後 の 連 絡 先						⑦ 全 喪 の 事 由						
住所	〒 —											
氏名												
電話番号												
⑧ 事業再開見込年月日				⑨ 備 考								
平成		年		月		日						

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 —										
事業所名称											
事業主氏名											
電 話											
(局) 番											

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

【記入の方法】

1. ③は、被保険者全員が資格を喪失した日（退職の日の翌日）を記入してください。
2. ④は、該当する数字に○印で囲んでください。
3. ⑦は、詳細に記入してください。
4. ⑨は、④「全喪の原因」が「休業」の場合に記入してください。
5. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【注意事項】

1. この届書は、被保険者資格喪失届と一緒に提出してください。
2. 全喪の原因の確認できる次のいずれかの書類を添付してください。
 - ① 雇用保険適用事業所廃止届（事業主控）の写（交付先：公共職業安定所）
 - ② 解散登記の記載がある登記簿謄本の写（交付先：法務局）上記の書類の添付が困難な場合は、給与支払事務所等の廃止届出書の写（提出先：税務署）等
3. この届書に記入された情報（事業所名、所在地、全喪年月日）は、適用の適正化の観点から、日本年金機構のホームページに掲載し、閲覧に供されることとなりますので、ご承知おきください。

*本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

注意

- 1 □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみださないように大きめのアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。
- 4 2欄の記載は、公共職業安定所から通知された事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「日」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。（例：1301000001の場合→□3□□□□□□□□□□）
- 5 3欄には、雇用保険の適用事業となるに至った年月日を記載すること。
この場合、年、月又は日が1桁のときはそれぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。（例：平成15年3月1日→□□□□□□□□□□）
- 6 4欄は、年、月又は日が1桁の場合は、3欄の場合と同様に記載すること。
- 7 5欄には、次の区分に従い該当するものの番号を記載すること。
(1) 事業所の廃止（下記（2）に該当する場合を除く。）……………1
(2) 事業所の統合に伴う事業所の廃止……………4
- 8 6欄は、5欄に「4」を記載した場合にのみ記載すること。この場合、公共職業安定所から通知された事業所番号が連続した10桁の構成であるときは、2欄の場合と同様に記載すること。
- 9 7欄には、5欄に「4」を記載した場合に、統合先事業所に係る雇用保険の適用事業となるに至った年月日を、3欄の場合と同様に記載すること。
- 10 事業主の「住所」欄及び「氏名」欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 11 事業主の氏名（法人にあつては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

お願い

1. 事業所を廃止した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。
2. 記載内容を確認することができ書類を持参してください。

※本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。

なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。