

同意書

様

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の規定に基づき、以下のことに同意します。

	チェックボックス	同意内容	
申出	<input type="checkbox"/>	任意特定適用事業所申出をすることに同意します。	〔短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を取得する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者該当となる)ことに同意します。〕

	チェックボックス	同意内容	
取消	<input type="checkbox"/>	任意特定適用事業所取消申出をすることに同意します。	〔短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。〕
不該当	<input type="checkbox"/>	特定適用事業所不該当の申出をすることに同意します。	〔短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。〕

※上記のうち該当する区分のチェックボックスにチェック(✓)を付してください。

〔適用事業所〕

① 事業所整理記号 (船舶所有者整理記号)		③ 事業所名称 (船舶所有者)	
② 事業所所在地 (船舶所有者住所)			

〔同意する者〕 (※1 被保険者番号のない方は記入不要です。 ※2 同意する者本人が自ら署名する場合には、押印は不要です。)

項番	被保険者 番号※1	同意する者の氏名	印※2	同意する者の生年月日	同意する者の住所
1			印	昭和 平成 年 月 日	
2			印	昭和 平成 年 月 日	
3			印	昭和 平成 年 月 日	
4			印	昭和 平成 年 月 日	
5			印	昭和 平成 年 月 日	
6			印	昭和 平成 年 月 日	
7			印	昭和 平成 年 月 日	
8			印	昭和 平成 年 月 日	
9			印	昭和 平成 年 月 日	
10			印	昭和 平成 年 月 日	