

平成 年 月 日

様

同意書

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)	
② 事業所名称 (船舶所有者)	
③ 事業所所在地 (船舶所有者住所)	

[同意する者]

⑤ 被保険者番号	
⑥ 氏名 (署名又は記名押印)	⑥
⑦ 生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑧ 住所	

※ 短時間労働者とは、勤務時間・勤務日数が常時雇用者の4分の3未満で次の4要件を全て満たす方を指します。

- ① 週の所定労働時間が20時間以上あること
- ② 雇用期間が1年以上見込まれること
- ③ 賃金の月額が8.8万円以上であること
- ④ 学生でないこと

○ 任意特定適用事業所^{※1}となる申出を行う場合には以下の同意を得る必要があります。

- i. 同意対象者^{※2}の過半数で組織する労働組合の同意
 - i. に該当する労働組合がないときはii、iiiのいずれかの同意
- ii. 同意対象者の過半数を代表する者の同意
- iii. 同意対象者の2分の1以上の同意

※1 「任意特定適用事業所」とは、特定適用事業所以外の適用事業所の事業主が同意対象者の同意を得て申出をし、任意特定適用事業所となった事業所をいいます。「特定適用事業所」とは、事業主が同一である1又は2以上の適用事業所であって、これに使用される通常の労働者及びこれに準ずる者の総数が常時500人を超えるものの各適用事業所をいいます。

※2 ここでいう「同意対象者」とは、事業主が同一である1又は2以上の適用事業所に使用される厚生年金保険の被保険者、70歳以上被用者および短時間労働者^{※3}を指します。

※3 短時間労働者とは、勤務時間・勤務日数が常時雇用者の4分の3未満で次の4要件を全て満たす方を指します。

- ① 週の所定労働時間が20時間以上あること
- ② 雇用期間が1年以上見込まれること
- ③ 賃金の月額が8.8万円以上であること
- ④ 学生でないこと

○ 任意特定適用事業所取消の申出を行う場合には以下の同意対象者^{※4}の同意を得る必要があります。

- i. 同意対象者の4分の3以上で組織する労働組合の同意
 - i. に該当する労働組合がないときはii、iiiのいずれかの同意
- ii. 同意対象者の4分の3以上を代表する者の同意
- iii. 同意対象者の4分の3以上の同意

○ 特定適用事業所の厚生年金保険の被保険者（短時間労働者を除く）の総数が常時500人以下となり、特定適用事業所不該当の申出を行う場合には、以下の同意対象者^{※4}の同意を得る必要があります。

- i. 同意対象者の4分の3以上で組織する労働組合の同意
 - i. に該当する労働組合がないときはii、iiiのいずれかの同意
- ii. 同意対象者の4分の3以上を代表する者の同意
- iii. 同意対象者の4分の3以上の同意

※4 ここでいう「同意対象者」とは、事業主が同一である1又は2以上の適用事業所に使用される厚生年金保険の被保険者（短時間労働者を含む）および70歳以上被用者を指します。

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	