

様式コード			
9	2	9	9

健康保険
厚生年金保険

任意適用取消申請書

平成 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号								
	事業所所在地	下記のとおり、別紙同意書を添えて、申請します。							
	事業所名称	〒 -							
	事業主氏名								印
	電話番号	()							

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等	印
-----	---

事業所記入欄	①	事業の種類		
	②	被保険者数		
	③	健康保険組合	名称	
			所在地	
		解散するか しないかの別		

この申請書は、任意適用の認可を受けていた事業所が、任意適用取消を申請する場合に全喪届と併せてご提出いただくものです。

任意適用の取消を申請する場合は被保険者の4分の3以上の同意が必要になりますので、あわせて『任意適用取消申請同意書』を添付してください。

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号をご記入ください。
事業主の押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ
---------	--	--	---	---	---	---	---	---

- ①事業の種類 : 健康保険法第3条第3項第1号または厚生年金保険法第6条第1項第1号の区分に従ってご記入ください。
※区分は「事業所業態分類票」で確認できます。
- ②被保険者数 : 被保険者数をご記入ください。
- ③健康保険組合 : 健康保険組合に加入している場合のみ、ご記入ください。

※ 健康保険のみ、厚生年金保険のみ取消を申請される場合は、取消する制度を○で囲んでください。

添付書類

・任意適用取消申請同意書（被保険者の4分の3以上の同意を得たことを証する書類）

お知らせ

・任意適用の取消が認可されると、取消に同意しなかった従業員も含めて、すべての被保険者が健康保険・厚生年金保険の資格を喪失することになります。