

健康保険
厚生年金保険 任意適用取消申請同意書

健康保険法第33条及び厚生年金保険法第8条の規定による適用事業所でなくすることに同意します。

事業所の名称		事業所の所在地	
被保険者の数	名	左記のうち同意する者の数	名

〔同意欄〕

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

〔同意欄〕

番号	同意する者の氏名	同意する者の生年月日	同意する者の住所
11		昭和 平成 年 月 日	
12		昭和 平成 年 月 日	
13		昭和 平成 年 月 日	
14		昭和 平成 年 月 日	
15		昭和 平成 年 月 日	
16		昭和 平成 年 月 日	
17		昭和 平成 年 月 日	
18		昭和 平成 年 月 日	
19		昭和 平成 年 月 日	
20		昭和 平成 年 月 日	
21		昭和 平成 年 月 日	
22		昭和 平成 年 月 日	
23		昭和 平成 年 月 日	
24		昭和 平成 年 月 日	
25		昭和 平成 年 月 日	