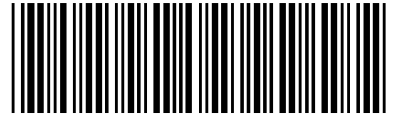


様式コード				
2	1	0	2	1

健康保険
厚生年金保険

任意適用取消申請書



令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号		-		事業所番号				
	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								
	電話番号	()							

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

事業所情報記入欄	①	事業の種類		
	②	被保険者数		
	③	健康保険組合	所在地	〒 -
			名称	
		解散するかしないかの別		
④	任意適用取消後の連絡先	住所	〒 -	
		氏名		
		電話番号		
⑤	備考			

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提出していただくものです。

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。
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 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号	0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

事業所所在地 : 都道府県を除いて記入してください。また、郵便番号を記入してください。
事業所名称 : 事業所名称を記入してください。
電話番号 : 代表電話番号を記入してください。

<事業所情報記入欄>

- 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号の区分に従って記入してください。
※区分は「事業所業態分類票」で確認できます。
- ②被保険者数 : 被保険者数を記入してください。
- ③健康保険組合 : 健康保険組合に加入している場合のみ、記入してください。
- ④任意適用取消後の連絡先 : 届出内容について連絡する場合がありますので、必ず記入してください。
事業所所在地と異なる連絡先でも構いません。

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被保険者資格を喪失することになります。あわせて『被保険者資格喪失届』を提出してください。