

届書コード	処理区分
1 2 1	

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

記入例

健康保険 厚生年金保険 保険料調整(開始/停止解除)申出書

令和 8 年 12 月 10 日提出

提出者記入欄	① 事業所整理記号	0 0 - ケ イ ト	② 事業所番号	0 0 1 2 3	受付印	
	事業所所在地	〒 168 - 6500 東京都杉並区高井戸3-2-1				
	事業所名称	株式会社 健保産業				
	事業主氏名	代表取締役社長 健保 良一				
	電話番号	03 (0000) 0000				

重点確認項目の内容をすべて確認した上で、以下のとおり申出します。

1. 開始/停止解除(再開)の別

申出	③ 開始/停止解除(再開)の別	① 開始	④※ 職員記入欄	⑤※ 事業所区分
	2 停止解除(再開)			

※「④」「⑤」は記入不要です。

2. 基準日(特定適用事業所または任意特定適用事業所に該当した日)

基準日	⑥ ⑤ 対象事業所となった事由	⑦ ⑥ 基準日(該当年月日)
	① 令和8年10月1日以降に任意特定適用事業所に該当	令和 8 年 12 月 10 日
	2 令和9年10月1日以降の短時間労働者に対する健康保険・厚生年金保険の適用拡大により特定適用事業所に該当	ア 令和 9 年 10 月 1 日 (被保険者数36~50人) イ 令和 11 年 10 月 1 日 (被保険者数21~35人) ウ 令和 14 年 10 月 1 日 (被保険者数11~20人) エ 令和 17 年 10 月 1 日 (被保険者数10人以下)
	3 令和9年10月2日以降の上記イ~エ以外の年月日に、新規適用と同時に、または被保険者数の増加により特定適用事業所に該当	令和 年 月 日

【重点確認項目】

- 調整終了月の保険料まで、対象となる被保険者の保険料(保険料調整制度による負担軽減額分)について、事業主で必ずあらかじめ追加負担し、対象となる被保険者全員の保険料負担を軽減します。
- 事業主の追加負担の終了は任意でできないこと、希望した一部の対象被保険者のみ制度を利用することはできないことについて理解しました。
- 賞与に係る保険料や、介護保険料、子ども・子育て支援金は、本制度の対象外であることについて理解しました。
- 二以上事業所勤務被保険者、厚生年金保険高齢任意加入被保険者については、本制度の対象外であることについて理解しました。
- 被保険者資格取得届等の提出及び保険料の納付は、法令で定められた期限までに行います。
- 制度開始後、申出期限内(基準日から2年を経過した日が属する月の前月まで)に対象被保険者が0人となった場合は制度利用が自動停止されること、「停止解除(再開)」を希望する場合は申出期限内に申出が必要であることを理解しました。
- 対象被保険者について、被保険者資格を取得した月にその資格を喪失(同月得喪)した場合や、事実発生日から80日が経過したのちに申出又は届出を行ったことにより、保険料調整額に変更が生じる場合は、「保険料調整額変更事由該当届」の提出が必要となることを理解しました。

- 届書提出日を記入してください。
- 事業所整理記号、事業所番号を必ず記入してください。
- 事業所所在地等、事業所情報を記入してください。
- 「保険料調整開始申出書」を提出する場合は「1」を○で囲んでください。
- 対象事業所となった事由を1~3の中から選び、該当する番号を○で囲んでください。
- 基準日(該当年月日)を以下のとおり記入してください。
 - ⑤で1を選んだ場合
任意特定適用事業所に該当した年月日を記入してください。
 - ⑤で2を選んだ場合
特定適用事業所に該当した年月日をア~エの中から選び、該当する項目を○で囲んでください。
 - ⑤で3を選んだ場合
特定適用事業所に該当した年月日を記入してください。