

令和 年 月 日 申請

健康保険  
厚生年金保険 適用事業所関係事項確認(申請)書

申請者記入欄	1. 申請者							
	<table border="1"><tr><td>事業所整理記号</td><td>事業所番号</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	事業所整理記号	事業所番号					
	事業所整理記号	事業所番号						
<table border="1"><tr><td>事業所名称</td><td></td></tr><tr><td>事業所所在地</td><td></td></tr><tr><td>事業主氏名</td><td></td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td></tr></table>	事業所名称		事業所所在地		事業主氏名		電話番号	
事業所名称								
事業所所在地								
事業主氏名								
電話番号								
	2. 申請事由							
	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>							
	3. 確認申請事項 (該当事項を○で囲んでください。)							
	<table border="1"><tr><td>ア・新規適用年月日</td><td>イ・被保険者数</td><td>ウ・その他( )</td></tr></table>	ア・新規適用年月日	イ・被保険者数	ウ・その他( )				
ア・新規適用年月日	イ・被保険者数	ウ・その他( )						

社会保険労務士記載欄

年金事務所確認欄									
	令和 年 月 日								
	上記適用事業所の確認申請事項について、下記のとおり相違ないことを確認しました。								
	年金事務所長 ㊟								
	<table border="1"><tr><td>ア・新規適用年月日 :</td><td>昭和 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td>令和</td></tr><tr><td>イ・被保険者数 :</td><td>人</td></tr><tr><td>ウ・その他 :</td><td></td></tr></table>	ア・新規適用年月日 :	昭和 年 月 日		令和	イ・被保険者数 :	人	ウ・その他 :	
ア・新規適用年月日 :	昭和 年 月 日								
	令和								
イ・被保険者数 :	人								
ウ・その他 :									

※ 組保管事業所の場合は、表題の健康保険を抹消のうえ申請してください。