

平成 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

1. 申請者

事業所整理記号	事業所番号

事業所名称	
事業所所在地	
事業主氏名	印
電話番号	

2. 申請事由

--

3. 確認申請事項 （該当事項を○で囲んでください。）

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

印

平成 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 印

ア・新規適用年月日：昭和 年 月 日
平成

イ・被保険者数： 人

ウ・その他：

- ※ 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は要しません。
- ※ 組合管掌事業所の場合は、表題の健康保険を抹消のうえ申請してください。