

様式コード		健康保険 厚生年金保険		任意適用取消申請書	
2	1021				
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		受付印	
	下記のとおりに、別紙同意書を添えて、申請します。				
	事業所 所在地	〒 -			
	事業所 名称				
	事業主 氏名				
	電話番号	()		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				
	健康保険組合	所在地	〒 -		
		名称			
		解散するか しないかの別			
	任意適用取消後 の連絡先	住所	〒 -		
		氏名			
		電話番号			
⑤ 備考					

(裏面)

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。

備考1:この用紙は、A列4番とすること。

2:必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。