

|  |                         |                 |                 |          |     |   |   |     |                |                                       |
|--|-------------------------|-----------------|-----------------|----------|-----|---|---|-----|----------------|---------------------------------------|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">様式コード</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2 1</td> </tr> </table> | 様式コード                   |                 |                 |          | 2   | 1 | 0 | 2 1 | 健康保険<br>厚生年金保険 | <h2 style="margin: 0;">任意適用取消申請書</h2> |
| 様式コード  |                         |                 |                 |          |     |   |   |     |                |                                       |
| 2  | 1                       | 0               | 2 1             |          |     |   |   |     |                |                                       |
| 令和      年      月      日提出  |                         |                 |                 |          |     |   |   |     |                |                                       |
| 提出者記入欄   | 事業所<br>整理記号             | -               | 事業所<br>番号       |          | 受付印 |   |   |     |                |                                       |
|  | 下記のとおり、別紙同意書を添えて、申請します。 |                 |                 |          |     |   |   |     |                |                                       |
|  | 事業所<br>所在地              | 〒      -        |                 |          |     |   |   |     |                |                                       |
|  | 事業所<br>名称               |                 |                 |          |     |   |   |     |                |                                       |
|  | 事業主<br>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           |                 |          |     |   |   |     |                |                                       |
|  | ③                       | 健康保険組合          | 所在地             | 〒      - |     |   |   |     |                |                                       |
|  |                         |                 | 名称              |          |     |   |   |     |                |                                       |
|  |                         |                 | 解散するか<br>しないかの別 |          |     |   |   |     |                |                                       |
|  | ④                       | 任意適用取消後の<br>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。