

| 様式コード    |             | 健康保険<br>厚生年金保険                 |             | 任意適用取消申請書 |                   |
|----------|-------------|--------------------------------|-------------|-----------|-------------------|
| 2        | 1           | 0                              | 2           | 1         |                   |
| 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     |                   |
|          | 事業所所在地      | 下記のとおり、別紙同意書を添えて、申請します。<br>〒 - |             |           |                   |
|          | 事業所名称       |                                |             |           |                   |
|          | 事業主氏名       |                                |             |           |                   |
|          | 電話番号        | ( )                            |             |           |                   |
|          |             |                                |             |           | 受付印               |
|          |             |                                |             |           | 社会保険労務士記載欄<br>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          |           |                   |
|          |             |                                | 解散するかしないかの別 |           |                   |
| ④        | 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。