

様式コード					
2	1	0	2	1	

健康保険  
厚生年金保険

任意適用取消申請書

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。 〒 -			
	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 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。