

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

申請者記入欄	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	Ⓜ
	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
Ⓜ

年金事務所確認欄	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。
	津山年金事務所長 Ⓜ
	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。