

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								
	<table border="1"><tr><td>事業所整理記号</td><td>事業所番号</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	事業所整理記号	事業所番号						
	事業所整理記号	事業所番号							
	<table border="1"><tr><td>事業所名称</td><td></td></tr><tr><td>事業所所在地</td><td></td></tr><tr><td>事業主氏名</td><td>Ⓜ</td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td></tr></table>	事業所名称		事業所所在地		事業主氏名	Ⓜ	電話番号	
	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								
津山市入札参加資格申請に添付資料として提出するため									
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 <input checked="" type="radio"/> ウ その他 (被保険者一覧)									

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 Ⓜ					
	<table border="1"><tr><td>ア・新規適用年月日 :</td><td>昭和 年 月 日</td></tr><tr><td>イ・被保険者数 :</td><td>人</td></tr><tr><td>ウ・その他 :</td><td></td></tr></table>	ア・新規適用年月日 :	昭和 年 月 日	イ・被保険者数 :	人	ウ・その他 :
ア・新規適用年月日 :	昭和 年 月 日					
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。