様式第一号(第二十一条関係)

(表面)

様式コード			
9	2	9	9

健 康 保 険
厚生年金保険　任意適用申請書

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄	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。 〒　　―　　(フリガナ)
	事業所名　称	(フリガナ)
	事業主氏　名	
	電話番号	

社会保険労務士記載欄
氏　名　等

事業所記入欄	① 事業の種類	
	② 被保険者となるべき者の数	
	③ 備　考	

(裏面)

記入方法

①事業の種類　：　健康保険法第3条第3項第1号又は厚生年金保険法第6条第1項第1号の区分に従ってご記入ください。
※区分は「事業所業態分類票」で確認できます。

②被保険者となるべき者の数：　被保険者となる条件を満たす従業員の人数を記入してください。

③備考　：　この申請と同時に、その事業所について、健康保険組合の設立又は事業所の編入に関する規約変更の認可申請をする場合には、その旨をご記入ください。

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。