様式第十八号(第百四十五条関係)

(表　紙)

事業所番号	

健康保険印紙購入通帳

交付年月日　　令和　　年　　月　　日

事業所　　名称

所在地

事業主　　氏名

交付年金事務所名　　印

購　入　年　月　日	印紙の種類	購 入 枚 数	金　　額	健康保険印紙販売機関名及び取扱者印
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞

（一ページから五ページまで）

購　入　年　月　日	印紙の種類	購 入 枚 数	金　　額	健康保険印紙販売機関名及び取扱者印
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞
令和　　年　　月　　日	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	㊞

買 戻 請 求 理 由	印紙の種類	買戻請求枚数	金　　額	
の理由により右の印紙の買戻を請求します。 令和　　年　　月　　日 事業主 氏　名	級（　　円）	枚	円	買戻の請求理由は、健康保険法施行規則に該当することを確認します。 令和　　年　　月　　日 年金事務所長 氏名　　印
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	級（　　円）	枚	円	
	計	枚	円	

（裏表紙）

注　意　事　項

1　事業主は、健康保険印紙を購入する際には、この通帳の該当欄に、購入する印紙の種類、枚数、金額及び購入年月日を記入し、健康保険印紙販売機関に提出してください。

2　事業主は、その保有する印紙の買戻しを請求しようとするときは、あらかじめ年金事務所長の確認を受け、健康保険印紙販売機関に申し出てください。

3　事業主は、事業所ごとに日雇特例被保険者の保険料納付（健康保険印紙の貼り付け及び現金による保険料の納付）に関する帳簿を備え付け、保険料納付の都度、記帳しなければなりません。

4　事業主は、一月間の保険料納付の状況を翌月末日までに年金事務所長に所定の様式により報告しなければなりません。また、健康保険組合に加入している事業主は、併せてその健康保険組合に報告しなければなりません。

備考　この通帳の大きさは、B列6番とする。