様式第二号(第二十二条関係)

(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	(　　)

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	被保険者数	
	③ 健康保険組合	名称	
		所在地	
		解散するかしないかの別	

(裏面)

記入方法

提出者記入欄　：　事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時又は名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ	

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。

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。