様式第二号（第二十二条関係）

（表面）

様式コード				
2	1	0	2	1

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	－　　事業所番号
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	（　　）

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

事業所情報記入欄

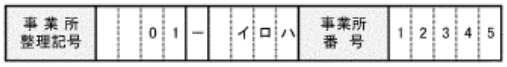
① 事業の種類		
② 被保険者数		
③ 健康保険組合	所在地	〒　　－
	名称	
	解散するかしないかの別	
④ 任意適用取消後の連絡先	住所	〒　　－
	氏名	
	電話番号	
⑤ 備考		

（裏面）

記入方法

＜提出者記入欄＞

事業所整理記号
事業所番号　：　事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。



事業所所在地　：　都道府県を除いて記入してください。また、郵便番号を記入してください。
事業所名称　：　事業所名称を記入してください。
電話番号　：　代表電話番号を記入してください。

＜事業所情報記入欄＞

①事業の種類　：　健康保険法第3条第3項第1号また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。

④任意適用取消後の連絡先　：　届出内容について連絡する場合がありますので、必ず記入してください。
事業所所在地と異なる連絡先でも構いません。

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。