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。<br>〒　　－ |
| 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

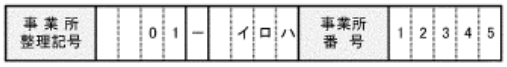
| | | |
|---|---|---|
| ① 事業の種類 | | |
| ② 被保険者数 | | |
| ③ 健康保険組合 | 所在地 | 〒　　－ |
| | 名称 | |
| | 解散するかしないかの別 | |
| ④ 任意適用取消後の連絡先 | 住所 | 〒　　－ |
| | 氏名 | |
| | 電話番号 | |
| ⑤ 備考 | | |

（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。