様式第五号（第十三条の三関係）

（表面）

様式コード				
2	1	0	1	1

健康保険
厚生年金保険

任意適用申請書

令和　　年　　月　　日提出

受付印

事業主記入欄

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。 〒　　－ （フリガナ）
事業所名称	（フリガナ）
電話番号	（　　）

社会保険労務士記載欄

氏　名　等

事業所情報記入欄

① 事業主（または代表者）氏名	（フリガナ） （氏）　（名）	② 問合せ先担当者名（内線）	問合せ先担当者名	内線番号
③ 事業主（または代表者）住所	〒　　－			
（事業主代理人）有の場合 ④ 事業主代理人名	（フリガナ） （氏）　（名）			
（事業主代理人）有の場合 ⑤ 事業主代理人住所	〒　　－			
⑥ 業態区分（事業の種類）	事業の種類	⑦ 社会保険労務士名		社会保険労務士コード
⑧ 健康保険組合名称	（フリガナ） 健康保険組合	⑨ 厚生年金基金番号		厚生年金基金

⑩ 給与計算の締切日	日	⑪ 昇給月	月　月　月　月	⑫ 算定基礎届媒体作成	0. 必要（紙媒体） 1. 不要（自社作成） 2. 必要（電子媒体）
⑬ 給与支払日	当月 翌月　　日	⑭ 賞与支払予定月	月　月　月　月	⑮ 賞与支払届媒体作成	0. 必要（紙媒体） 1. 不要（自社作成） 2. 必要（電子媒体）
⑯ 給与形態	1. 月給　5. 時間給 2. 日給　6. 年俸制 3. 日給月給　7. その他 4. 歩合給　（　　）	⑰ 諸手当の種類	1. 家族手当　5. 精勤手当 2. 住宅手当　6. 残業手当 3. 役付手当　7. その他 4. 通勤手当　（　　）	⑱ 現物給与の種類	1. 食事　5. その他 2. 住宅　（　　） 3. 被服 4. 定期券

⑲ 従業員情報	1. 従業員数　　人	2. 社会保険に加入する従業員数　　人
	3. 社会保険に加入しない従業員について ※ ㋐～㋒については平均的な勤務日数および勤務時間を記入してください。	㋐ 嘱託職員等　人［ 1月　日・1週　時間 ］ ㋑ パート　人［ 1月　日・1週　時間 ］ ㋒ アルバイト　人［ 1月　日・1週　時間 ］
⑳ 所定労働日数 所定労働時間	1月　日・1週　時間　分	
㉑ 備考		

（裏面）

記入方法

＜提出者記入欄＞

事業所整理記号	：	既に健康保険もしくは厚生年金保険のいずれか一方の認可を受けている場合のみ、記入してください。
事業所番号		（※はじめて申請を行う場合は、記入不要です。） ただし、認可後、健康保険組合へ加入予定の場合は、記入不要です。
事業所所在地	：	都道府県を除いて記入し、フリガナを記入してください。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、フリガナ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＞

②問合せ先担当者名	：	届出内容についてお問い合わせする場合がありますので、必ず記入してください。
④事業主代理人氏名	：	事業主（代表者）の代理人を定める場合は、その代理人の氏名・住所を記入してください。
⑤事業主代理人住所		（※事業主代理人とは事業主の選任により事業主の義務に係るすべての事務を行う者です。）
⑥業態区分(事業の種類)	：	「事業所業態分類票」を確認して、「該当する項番」及び「業態分類（事業の種類）」を記入してください。 各種サービス業の場合は、「業態分類」の名称に加えて、具体的な事業の種類を記入してください。 ただし、認可後、健康保険組合へ加入予定の場合は、記入不要です。
⑦社会保険労務士名	：	届出等を社会保険労務士へ委託している場合は、社会保険労務士名を記入してください。
⑧健康保険組合名称	：	加入予定の健康保険組合の名称を記入してください。
⑨厚生年金基金番号	：	認可後、健康保険組合へ加入予定の場合は、記入不要です。
⑩給与計算の締切日	：	該当する日付を記入してください。
⑪昇給月	：	年間における昇給月（支払い月）を記入してください。
⑫算定基礎届媒体作成	：	毎年7月に提出していただく算定基礎届について、日本年金機構であらかじめ被保険者氏名等を収録した電子媒体での送付を希望される場合は「2．必要（電子媒体）」の数字を〇で囲んでください。 紙媒体での送付を希望される場合は「0．必要（紙媒体）」の数字を〇で囲んでください。 ただし、認可後、健康保険組合へ加入予定の場合は、記入不要です。
⑬給与支払日	：	「当月」または「翌月」を〇で囲んでください。日付を記入してください。
⑭賞与支払予定月	：	年間における賞与支払予定月を記入してください。
⑮賞与支払届媒体作成	：	「⑭賞与支払予定月」に記入した月の前月に、日本年金機構であらかじめ被保険者氏名等を収録した電子媒体での送付を希望される場合は「2．必要（電子媒体）」 の数字を〇で囲んでください。 紙媒体での送付を希望される場合は「0．必要（紙媒体）」の数字を〇で囲んでください。 ただし、認可後、健康保険組合へ加入予定の場合は、記入不要です。
⑯給与形態	：	該当する項目の数字を〇で囲んでください。
⑰諸手当の種類	：	該当する項目の数字を〇で囲んでください。
⑱現物給与の種類	：	通貨以外のもので支給する給与（食事・住宅・被服・定期券等）がある場合は、該当する項目の数字を〇で囲んでください。
⑲従業員情報	：	従業員数と、そのうち社会保険に加入する従業員数（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。 また、社会保険に加入しない従業員がいる場合（認可後、健康保険組合へ加入予定の場合は除く）は、その人数と勤務形態を記入してください。 なお、社会保険に加入しない従業員について、㋐～㋒に該当又は類似する呼称を用いていない場合、定年退職者等を一定期間再雇用する目的で契約し雇用している者についてを㋐に、その他の従業員についてを㋑に記入してください。
⑳所定労働日数・所定労働時間	：	事業所に勤務する通常の労働者の所定労働日数、所定労働時間を記入してください。
㉑備考	：	健康保険のみ、厚生年金保険のみ加入を申請する場合は、加入する制度を記入してください。 （例）健康保険のみ加入、厚生年金保険のみ加入 また、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。