

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

健康保険  
厚生年金保険

## 任意特定適用事業所 申出書/取消申出書

令和 年 月 日

提出者 (代表事業所)記入欄	①事業所 整理記号		②事業所 番号	
	事業所 所在地	〒 _____		
	事業所 名称			
	事業主 氏名			
	電話番号	( ) _____		
同一法人番号のすべての事業所の代表事業所として提出します。				

年金事務所受付印	健康保険組合受付印
----------	-----------

社会保険労務士の提出代行者欄

共通項目	⑥ 法人番号					入力項目	⑤※1 番号区分	1. 法人事業所 2. 個人事業所	⑧※1 該当区分	2
	⑦ 該当/不該当 の別	1. 該当 (申出)	2. 不該当 (取消)	⑨※1 該当年月日	令和 年 月 日	⑨※1 不該当年月日	令和 年 月 日			
	同意対象者数※2						名			
	同意者数※2						名			

※1 「⑤」「⑧」「⑨」は記入不要です。

※2 任意特定適用事業所の申出の際に、同意対象者の過半数で組織する労働組合の同意又は同意対象者の過半数を代表する者の同意を得た場合は記入不要です。

任意特定適用事業所取消の申出の際に、同意対象者の4分の3以上で組織する労働組合の同意又は同意対象者の4分の3以上を代表する者の同意を得た場合は記入不要です。

申出	任意特定適用事業所の申出にあたっての同意方法にチェックを入れてください。	
	<input type="checkbox"/>	1. 同意対象者数の過半数で組織する労働組合の同意
	<input type="checkbox"/>	2. 同意対象者数の過半数を代表する者の同意
	<input type="checkbox"/>	3. 同意対象者数の2分の1以上の同意

取消申出	任意特定適用事業所取消の申出にあたっての同意にチェックを入れてください。	
	<input type="checkbox"/>	1. 同意対象者数の4分の3以上で組織する労働組合の同意
	<input type="checkbox"/>	2. 同意対象者数の4分の3以上を代表する者の同意
	<input type="checkbox"/>	3. 同意対象者数の4分の3以上の同意

健康保険組合管掌事業所である場合は以下の事項に記載してください。

健康保険組合名称	健康保険 組合	健康保険組合 所在地	〒 _____ 電話 ( ) _____
管轄年金 事務所名称	年金 事務所	管轄年金事務所 所在地	〒 _____ 電話 ( ) _____

備考	
----	--

- (注) 1 健康保険組合管掌事業所が申出する場合は、健康保険組合に提出してください。  
(この申出書の写しを申出書として健康保険組合から日本年機構へ回送します)
- 2 任意特定適用事業所該当年月日は「任意特定適用事業所 申出書」の受理日となります。
- 3 任意特定適用事業所不該当年月日は「任意特定適用事業所 取消申出書」の受理日の翌日となります。