別添 2

平成　　年　　月　　日申請

健康保険
厚生年金保険　適用事業所関係事項確認（申請）書

申請者記入欄

1. 申請者

事業所整理記号	事業所番号

事業所名称	
事業所所在地	
事業主氏名	㊞
電話番号	

2. 申請事由

3. 確認申請事項　（該当事項を○で囲んでください。）

ア・新規適用年月日　イ・被保険者数　ウ・その他（　　）

社会保険労務士記載欄
㊞

年金事務所確認欄

平成　　年　　月　　日

上記適用事業所の確認申請事項について、下記のとおり相違ないことを確認しました。

＿＿＿＿年金事務所長　㊞

ア・新規適用年月日：昭和・平成　　年　　月　　日
イ・被保険者数：　　人
ウ・その他：

※ 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は要しません。
※ 組合管掌事業所の場合は、表題の健康保険を抹消のうえ申請してください。