

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 | (印) |
| 電話番号 | |

2. 申請事由

広島市の競争入札参加資格確認申請書に添付するため。

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

(印)

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 (印)

ア・新規適用年月日： 昭和 年 月 日
 平成
 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。