

|       |      |
|-------|------|
| 届書コード | 処理区分 |
| 1 2 0 |      |

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|      |     |    |

健康保険 厚生年金 特定適用事業所 該当/不該当届

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

|      |            |                 |         |          |           |          |   |
|------|------------|-----------------|---------|----------|-----------|----------|---|
| 共通項目 | ⑥ 法人番号     |                 | 入力項目    | ※⑤ 番号区分  | 1. 法人事業所  | ※⑧ 該当区分  | 1 |
|      | ⑦ 該当/不該当の別 | 1. 該当<br>2. 不該当 | ⑨ 該当年月日 | 令和 年 月 日 | ※⑨ 不該当年月日 | 2. 個人事業所 | 3 |

※「⑤」「⑧」「⑨不該当年月日」は記入不要です。

|    |   |   |
|----|---|---|
| 該当 | 該当年月日時点において厚生年金保険の被保険者※の総数(短時間労働者を除く)が常時500人を超えることが見込まれる。(令和4年10月1日以降は100認を超えることが見込まれる) | <input type="checkbox"/> (見込まれる場合、✓を入れてください。) |
|----|---|---|

|  |  |   |
|--|--|---|
| 不該当  | 同意対象者数※                                  | 名 |
|  | 同意者数※                                    | 名 |
|  | 特定適用事業所不該当の届出を行う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. 同意対象者の4分の3以上の同意          |  |   |

※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。

|                                  |              |              |        |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------|
| 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※1                       | 健康保険組合所在地※1  | 〒 _____      | 健康保険組合 |
|                                  |              | 電話 ( _____ ) |        |
| 管轄年金事務所名称※2                      | 管轄年金事務所所在地※2 | 〒 _____      | 年金事務所  |
|                                  |              | 電話 ( _____ ) |        |

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

- (注) 1 健康保険組合管掌事業所の場合、特定適用事業所不該当届は健康保険組合又は日本年金機構に提出してください。  
(不該当届の写しを届書として健康保険組合・日本年金機構間で回送します)
- 2 特定適用事業所不該当年月日は「特定適用事業所不該当届」の受理日の翌日となります。