

様式コード			
9	2	9	9

健康保険  
厚生年金保険
任意適用申請書

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 で困ってください。

令和 元 年 5 月 10 日提出

<b>提出者記入欄</b>	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。 〒168-8500 (フガナ) トウゴウスギナミツカキ 3-2-1  東京都杉並区高井戸3-2-1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">同意書を必ず添付してください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">事業所所在地等、事業所情報を記入してください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">社会保険労務士記載欄</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">氏名等</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; height: 100px;">受付印</div>
	事業所名称	(フガナ) コウネン ベーカーリー 厚年 ベーカーリー		
	事業主氏名	厚年 良子		
	電話番号	0 3 5 4 3 2 6 7 8 9		

<b>事業所記入欄</b>	① 事業の種類	<span style="border: 1px dashed red; border-radius: 50%; padding: 5px;">食料品・たばこ製造業</span>	事業所業態分類表を確認して記入してください。
	② 被保険者となるべき者の数	<span style="border: 1px dashed red; border-radius: 50%; padding: 5px;">4人</span>	被保険者となる者の人数を記入してください。被保険者となる条件を満たさない従業員の人数は除きます。
	③ 備考		