

健康保険 厚生年金保険 任意適用申請同意書

健康保険法第31条及び厚生年金保険法第6条第3項、第4項の規定による適用事業所となることに同意します。

事業所の名称		事業所の所在地	
使用される者の数 (被保険者となるべき者)	名	左記のうち同意する者の数	名

〔同意欄〕

番号	同意する者の氏名	同意する者の生年月日	同意する者の住所	印
1		昭和 平成 年 月 日		
2		昭和 平成 年 月 日		
3		昭和 平成 年 月 日		
4		昭和 平成 年 月 日		
5		昭和 平成 年 月 日		
6		昭和 平成 年 月 日		
7		昭和 平成 年 月 日		
8		昭和 平成 年 月 日		
9		昭和 平成 年 月 日		
10		昭和 平成 年 月 日		

※同意する者本人が自ら署名する場合には、押印は不要です。

〔同意欄〕

番号	同意する者の氏名	同意する者の生年月日	同意する者の住所	印
11		昭和 平成 年 月 日		
12		昭和 平成 年 月 日		
13		昭和 平成 年 月 日		
14		昭和 平成 年 月 日		
15		昭和 平成 年 月 日		
16		昭和 平成 年 月 日		
17		昭和 平成 年 月 日		
18		昭和 平成 年 月 日		
19		昭和 平成 年 月 日		
20		昭和 平成 年 月 日		
21		昭和 平成 年 月 日		
22		昭和 平成 年 月 日		
23		昭和 平成 年 月 日		
24		昭和 平成 年 月 日		
25		昭和 平成 年 月 日		

※同意する者本人が自ら署名する場合には、押印は不要です。