

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 特定適用事業所 該当/不該当届

令和 年 月 日提出

受付印

提出者記入欄	①健康保険事業所記号	
	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。		
		社会保険労務士記載欄   氏名等

共通項目	②法人番号																入力項目	※③ 番号区分	1. 法人事業所 3. 国・地方公共団体	※④ 該当区分	1 3
	⑤該当/不該当の別	1. 該当		2. 不該当		⑥該当(不該当)年月日					令和	年	月	日							

※「③」「④」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 <sup>※</sup> 総数(短時間労働者を除く)が特定適用事業所の要件を満たすことが見込まれる。 「被保険者には各共済組合の組合員(第2号~第4号厚生年金被保険者)を含みます。」	※	<input type="checkbox"/> (見込まれる場合、 <input type="checkbox"/> 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	倉庫業 健康保険組合	健康保険組合所在地	〒 135-0047 東京都江東区富岡2-11-12 電話 03 ( 3642 ) 8436
管轄年金事務所名称	年金事務所	管轄年金事務所所在地	〒 _____ 電話 ( _____ )

備考	
----	--

- (注) 1 健康保険組合管掌事業所における特定適用事業所不該当届を提出する場合は、健康保険組合又は日本年金機構に提出してください。  
(この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。

# 健康保険 特定適用事業所 該当/不該当届について

この届書は、「特定適用事業所に該当すると見込まれる場合」または「特定適用事業所に該当しなくなった場合」で現に被保険者である者の4分の3以上の同意を得た場合」に提出するものです。

## 記入例

令和 4 年 10 月 5 日提出

提出者記入欄	①健康保険事業所記号	9 9 9 9
	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇
電話番号	03 ( 1234 ) 5678	
		社会保険労務士記載欄   氏名等
共通項目	②法人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
	⑤該当/不該当の別	① 該当 2. 不該当
該当	③入力項目	※③ 番号
	④該当	1. 法人事業所 3. 国・地方公共団体
不該当	⑥該当(不該当)年月日	令和 4 年 10 月 1 日
	※該当年月日時点の被保険者総数(短時間労働者を除く)が常時100人を超えることが見込まれる。	<input checked="" type="checkbox"/> (見込まれる場合、☑を入れてください。)
不該当	※不該当年月日時点の被保険者総数(短時間労働者を含む)	名
	不該当同意者数	◎被保険者(短時間労働者を含む)の4分の3以上の同意を得て不該当届を提出する場合は同意する者の人数を記載してください。 被保険者(短時間労働者を含む)となっている者のうち同意する者の人数 名

## 記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- 提出者記入欄 特定適用事業所該当/不該当届の提出者は、法人事業所、地方公共団体に属する事業所または国に属する事業所の場合、本店または主たる事業所の事業主となります。
- 法人番号 法人番号を記入してください。個人事業所の場合は記入不要です。
- 該当/不該当の別 特定適用事業所該当届を提出する場合は、「1. 該当」、特定適用事業所不該当届を提出する場合は「2. 不該当」を○で囲んでください。
- 該当/不該当年月日 該当年月日または不該当年月日は、事実発生日を記入してください。
- 不該当年月日時点の被保険者総数 法人番号が同一の複数の事業所を代表して提出する場合は、各事業所の被保険者を含めた総数を記入してください。
- 備考 その他、連絡事項がありましたらご記入ください。

※誤記があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(フルネーム)をご記入ください。

## 添付書類

- 「特定適用事業所不該当届」を提出する場合
  - ・ 被保険者(短時間労働者を除く)の総数が常時100人以下となり、特定適用事業所不該当届を提出する場合は、特定適用事業所の被保険者(短時間労働者を含む)となっている者のうち4分の3以上の同意を得たことを証する書類を提出してください。