

届書コード	処理区分
1 2 0	

常務理事	事務長		担当者

健康保険
厚生年金保険

特定適用事業所 該当/不該当届

(和暦) 年 月 日提出

提出者(代表事業所)記入欄

①事業所整理記号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

②事業所番号

〒

—

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。

印

受付印

社会保険労務士の提出代行者

印

共通項目	⑥法人番号											入力項目	※⑤番号区分	1. 法人事業所 3. 国・地方公共団体	※⑧該当区分	1 3
	⑦該当/不該当の別	1. 該当		2. 不該当		⑨該当(不該当)年月日	(和暦) 年 月 日									

※「⑤」「⑧」は記入不要です。

該当

※

該当年月日時点において被保険者総数(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。

☐ (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

※「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)も含まれます。

備考

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」又は「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」に提出していただくものです。

- ・「特定適用事業所」とは、事業主が同一である1又は2以上の適用事業所であって、これに使用される通常の労働者及びこれに準ずる者の総数が常時500人を超えるものの各適用事業所をいいます。
- ・「事業主が同一である1又は2以上の適用事業所」とは、
 - ・ 法人事業所又は地方公共団体に属する事業所の場合、法人番号が同じ適用事業所を指します。
 - ・ 個人事業所の場合、現在の適用事業所を指します。
 - ・ 国に属する事業所の場合、国に属する全ての適用事業所を指します。
- ・「通常の労働者及びこれに準ずる者の総数」とは、「被保険者（短時間労働者を除く）の総数」をいいます。なお、共済組合員も被保険者に含まれます。
- ・「常時500人を超えるもの」とは、「1年のうち6月以上、500人を超えることが見込まれる場合」をいいます。
- ・既に該当となった特定適用事業所の被保険者（短時間労働者を除く）の総数が常時500人以下となった場合でも、引き続き特定適用事業所としてみなすこととなります。ただし、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以上の者の同意を得て、「特定適用事業所不該当届」を提出することにより、特定事業所に該当しなくなったものとして取り扱われます。

記入方法

提出者（代表事業所）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又は又は国に属する事業所の場合、本店又は主たる事業所の事業主となります。
- ・ 事業所整理記号及び事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された番号を記入してください。

事業所 整理記号	0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
-------------	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

- ・ 事業主の押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。

⑥法人番号 : 法人事業所、地方公共団体に属する事業所又は国に属する事業所の場合、「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。

⑦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。

⑨該当（不該当）年月日 : 該当年月日又は不該当年月日は、事実発生年月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欄

- ・ 被保険者総数については共済組合員を含めた被保険者の総数を記入してください。
（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）

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500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添付してください。
- ・ 地方公共団体が提出する場合は、上記4分の3以上の同意を得たことを証する書類と、不該当年月日時点の被保険者総数を確認できる書類を併せて添付してください。