

常務理事	事務長	担当者

特定適用事業所 該当／不該当届

共通項目	事業所記号	999		
	法人番号	99999999999999		
	該当／不該当の別	1. 該当 2. 不該当	該当（不該当）年月日	(和暦) R〇年 〇月 〇日

該当	該当年月日時点において被保険者の総数（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。	<input checked="" 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にあたっての同意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以上を代表するものの同意を得た場合は記入不要です。

申請日 R〇年 〇月 〇日

事業所所在地	
事業所 名称	事業主の証明が必要です
事業主 氏名	

健保組合受付印