

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
1		昭和 年 月 日 平成	
2		昭和 年 月 日 平成	
3		昭和 年 月 日 平成	
4		昭和 年 月 日 平成	
5		昭和 年 月 日 平成	
6		昭和 年 月 日 平成	
7		昭和 年 月 日 平成	
8		昭和 年 月 日 平成	
9		昭和 年 月 日 平成	
10		昭和 年 月 日 平成	

〔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
11		昭和 年 月 日 平成	
12		昭和 年 月 日 平成	
13		昭和 年 月 日 平成	
14		昭和 年 月 日 平成	
15		昭和 年 月 日 平成	
16		昭和 年 月 日 平成	
17		昭和 年 月 日 平成	
18		昭和 年 月 日 平成	
19		昭和 年 月 日 平成	
20		昭和 年 月 日 平成	
21		昭和 年 月 日 平成	
22		昭和 年 月 日 平成	
23		昭和 年 月 日 平成	
24		昭和 年 月 日 平成	
25		昭和 年 月 日 平成	