

届書コード	処理区分
1 2 0	

## 健康保険 厚生年金 特定適用事業所 該当/不該当届

令和 年 月 日														
提出者 (代表事業所) 記入欄	①事業所 整理記号	0 1 — アイウ	②事業所番号	12345	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ください									
	事業所所在地	〒 123 - 4567 神奈川県横浜市中区○○町1-20-3												
	事業所名称	健保ソリューション株式会社												
	事業主氏名	事業主 太郎												
	電話番号	045(567)8901												
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。														

共通項目	⑥ 法人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	入力項目	※⑤ 番号区分	1. 法人事業所 2. 個人事業所	※⑧ 該当区分	1 3
	⑦ 該当/不該当の別	1. 該当 2. 不該当	⑨ 該当年月日	令和 年 月 日	※⑨ 不該当年月日	令和 年 月 日	

※「⑤」「⑧」「⑨不該当年月日」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※の総数 (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。 ※「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。	□(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。	
	任意特定適用事業所取消の申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。	
	□ 1. 同意対象者数の4分の3以上で組織する労働組合の同意	

※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 ※1	健康保険組合	健康保険組合 所在地※1	〒 電話 ( )
管轄年金事務所 名称※2	年金事務所	管轄年金事務所 所在地※2	〒 電話 ( )

備考	
----	--

(注) 1 健康保険組合管掌事業所の場合、特定適用事業所不該当届は健康保険組合又は日本年金機構に提出してください。  
(不該当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。