

別記様式

年 月 日 申請

社会保険料納入確認(申請)書

1. 申請者

事業所整理記号	事業所番号

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()-()-()

2. 申請事由

--

3. 確認事由

項目	対象期間	未納の有無
健康保険料 厚生年金保険料 児童手当拠出金 (延滞金を含む)	年 月分から 年 月分まで	有・無

※対象期間は、申請日を含む月の前々月までの直近2年間を対象とする。

管掌区分	1. 全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 2. 組合管掌健康保険
------	---------------------------------

上記のとおり相違ないことを確認します。

年 月 日

年金事務所長 印