様式第二号を次のように改める。

様式第二号（第二十二条関係）

（表面）

様式コード
9 2 9 9

健康保険
厚生年金保険

任意適用取消申請書

平成　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

事業所整理記号	－
事業所所在地	下記のとおり、別紙同意書を添えて、申請します。 〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話番号	（　　）

社会保険労務士記載欄
氏名等　　㊞

事業所記入欄

①	事業の種類	
②	被保険者数	
③	健康保険組合　名称	
	健康保険組合　所在地	
	健康保険組合　解散するかしないかの別	

（裏面）

記入方法

提出者記入欄　：　事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称･所在地変更時に付された記号を記入してください。
事業主の押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	－	イ	ロ	ハ	

①事業の種類　：　健康保険法第3条第3項第1号または厚生年金保険法第6条第1項第1号の区分に従って記入してください。
※区分は「事業所業態分類票」で確認できます。

②被保険者数　：　被保険者数を記入してください。

③健康保険組合　：　健康保険組合に加入している場合のみ、記入してください。

備考1　：　この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
　　2　：　必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。