様式第二号（第二十二条関係）

（表面）

様式コード				
2	1	0	2	1

健康保険
厚生年金保険

任意適用取消申請書

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

事業所整理記号					－					事業所番号				

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	（　　）

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

事業所情報記入欄

① 事業の種類		
② 被保険者数		
③ 健康保険組合	所在地	〒　　－
	名称	
	解散するかしないかの別	
④ 任意適用取消後の連絡先	住所	〒　　－
	氏名	
	電話番号	
⑤ 備考		

様式第二号を次のように改める。