

(様式第1号)

全国健康保険協会管掌健康保険 厚生年金保険 一括適用承認申請書

一括適用事業所の名称					
指定事業所とする事業所の名称等	記号			番号	
	名称				
	所在地				
事業主氏名					
事務担当者の連絡先		氏名	所属		課
		TEL	内線		
一括適用の承認を受けようとする理由					
加入している健康保険組合の名称					
加入している厚生年金基金の名称					
対象事業所数		件	被保険者総数	名	
対象事業所の名称等	事業所記号	事業所番号	管轄年金事務所名	被保険者数	
	事業所名称		事業所所在地		
			年金事務所		名
			〒		
			年金事務所		名
			〒		
			年金事務所		名
			〒		
		年金事務所		名	
		〒			
		年金事務所		名	
		〒			

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。 令和 年 月 日

指定事業所となる事業所の所在地	〒
指定事業所となる事業所の名称	
事業主氏名	
電話番号	TEL

社会保険労務士の提出代行者欄	
----------------	--