

(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	
----------------	--