

社会保険料納入確認(申請)書

1.申請者

事業所記号	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

2.確認書の請求枚数

枚

3.申請事由

4.確認事由

項目	対象期間	未納の有無
健康保険料	平成・令和 年 月分から 平成・令和 年 月分まで	有 ・ 無

管掌区分	組管管掌健康保険組合
------	------------

上記の通り間違いないことを確認します。

令和 年 月 日

印

委任欄

私、上記申請者は社会保険料納入確認書の交付および受領について、下記のものに委任します

委任者氏名

委任者住所

委任者との関係

印