

資料2-2 社会保険料納入証明書(様式)

別紙4

平成 年 月 日 申請

社会保険料納入証明(申請)書

1. 申請者

事業所整理記号	事業所番号

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電話番号	() () ()

2. 申請事由

--

3. 証明事由

月 分	保 険 料			収納年月日
	健康保険	厚生年金	児童手当拠出金	
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

歳入徴収官
厚生労働省年金局事業管理課長

Ⓜ

資料2-3 社会保険料納入確認書(様式)

別紙2

平成 年 月 日 申請

社会保険料納入確認(申請)書

1. 申請者

事業所整理記号	事業所番号
---------	-------

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()-()-()

2. 申請事由

--

3. 確認事由

月 分	保 險 料			収納年月日
	健康保険	厚生年金	児童手当拠出金	
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを確認します。

平成 年 月 日

○△年金事務所長 印

資料2-5 健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得届(様式)

健康保険 被保険者資格取得届

①事業主番号 ②被保険者番号

③事業主 被保険者 管理番号	④被保険者の氏名	⑤生年月日	⑥種別 (H29)	⑦取得 区分	⑧基礎年金番号	⑨資格取得 年月日	⑩健康 保険料 月額額	⑪健康 保険料 滞り 有無	⑫健康 保険料 滞り 理由
⑬事業主 管理番号 ⑭被保険者 管理番号	⑮氏名 (英)	⑯年 月 日 ⑰年 月 日 ⑱年 月 日	⑲種別 ⑳区分	㉑取得 区分	㉒基礎 年金 番号	㉓資格 取得 年月 日	㉔健康 保険 料 月額 額	㉕健康 保険 料 滞り 有無	㉖健康 保険 料 滞り 理由

平成 年 月 日 提出

事業主所在地

事業主名称

事業主氏名

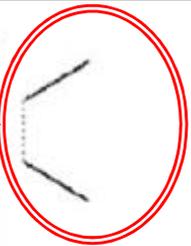
電話

〒

社会保険労務士の提出代行者印

電 番

提出先の受付印



①②記入の方法は記載面に書いてありますので、よくご覧ください。

資料2-6 労働保険 概算・確定保険料申告書(様式)

様式第6号(第24条、第25条、第33条関係)(甲)

労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書
石川県労働保険協会 一般拠出金

継続事業
(一括有期事業を含む。)

標準字体 **0123456789**
※3: 記入に当たっての生数字をよく読んでから記入して下さい。
OCR化への記入は「平」の「標準字体」でお願いします。

提出用

平成 年 月 日

あて先 〒060-8566

札幌市北区北8条西2丁目1-1

札幌第1合同庁舎

北海道労働局
労働保険特別会計歳入徴収官殿 (社2)(社1)

(あるへ) 折り曲げないようし、やもをえなない場合には折り曲げマーク()の所で折り曲げて下さい。()

(社2)(社1)
石橋による修正申告書の提出に際しては法律第30条第1項に基づき、労働保険会費増徴率から徴収する一般拠出金
一般拠出金は正確であること

区 分	① 係数料・拠出金算定基礎額	② 保険料・拠出率	③ 確定保険料・一般拠出金額 (①×②)
労働保険料	1000分の()	1000分の()	円
労災保険分	1000分の()	1000分の()	円
雇用保険法適用者分	1000分の()	1000分の()	円
高年齢労働者分	1000分の()	1000分の()	円
保険料算定対象者分	1000分の()	1000分の()	円
一般拠出金(注1)	1000分の()	1000分の()	円

区 分	④ 保険料算定基礎額の見込額	⑤ 保険率	⑥ 概算・増加概算保険料額 (④×⑤)
労働保険料	1000分の()	1000分の()	円
労災保険分	1000分の()	1000分の()	円
雇用保険法適用者分	1000分の()	1000分の()	円
高年齢労働者分	1000分の()	1000分の()	円
保険料算定対象者分	1000分の()	1000分の()	円

⑦ 事業主の代表番号 (変更のある場合記入) ⑧ 事業主の電話番号 (変更のある場合記入)

⑨ 延滞の申請的付込数

※ 都道府県区分 ⑩ 労働者区分 ⑪ アーコード ⑫ 南入方式区分 ⑬ 振込項目

⑬⑭⑮欄の金額の前に「¥」記号を付さないで下さい

⑬ 申告済概算保険料額	⑭ 申告済概算保険料額	⑮ 増加概算保険料額	⑯ 保険関係成立年月日
⑰ 第1期	⑱ 第2期	⑲ 第3期	⑳ 事業又は作業の種類
㉑ 加入している労働保険	㉒ 併携事業	㉓ 該当する	㉔ 事業停止等理由
㉕ 所在地	㉖ 名称	㉗ 氏名	㉘ 代表印又は署名

資料2-7 領収済通知書(様式)

領収済通知書 (労働保険) (国庫金) (記入例) ¥0123456789

取 扱 行 名 30840 青森労働局 ※取扱行番号 00075227 労働保険特別会計 0847 厚生労働省 6118 平成 年 月 日

※CD ※証券受領 全額 一部

※納付年月日(元号：平成は?) ※納付年度(元号：平成は?)

※納付区分 ※納付種別 ※納付区分 ※納付種別 ※納付区分 ※納付種別

納付の目的

1. 平成 2. 増徴 3. 平成

納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、労働部直轄労働局、労働労働基準監督署

労働保険料 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円

一般 納付額 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円

納付額 (合計額) 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円

あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎 青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官

領収日付印

領収済通知書 (労働保険) (国庫金) (記入例) ¥0123456789

取 扱 行 名 30820 青森労働局 ※取扱行番号 00075227 労働保険特別会計 0847 厚生労働省 6118 平成 年 月 日

※CD ※証券受領 全額 一部

※納付年月日(元号：平成は?) ※納付年度(元号：平成は?)

※納付区分 ※納付種別 ※納付区分 ※納付種別 ※納付区分 ※納付種別

納付の目的

1. 学費 2. 増徴 3. 平成

納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、労働部直轄労働局、労働労働基準監督署

労働保険料 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円

一般 納付額 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円

納付額 (合計額) 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円

あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎 青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官

領収日付印

資料2-8 雇用保険被保険者資格取得等通知書(事業主通知用)(様式)

様式第4号 雇用保険被保険者 資格喪失届 氏名変更届

標準字種 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 帳票種別 1 2 1 0 2: 氏名変更届 3: 資格喪失届

1. 被保険者番号 2. 事業所番号 3. 資格取得年月日

管轄区分 被保険者氏名 性別 (1男 2女) 生年月日 (2: 大正 3: 昭和 4: 平成) 取得時被保険者種別 (1: 2次 2: 1次 3: 2次 4: 1次) (2: 2次 3: 1次) (2: 2次 3: 1次)

事業所名称 転勤の年月日

4. 退職年月日 5. 喪失原因 (1: 退職以外の理由 2: 3以外の理由 3: 事業主の都合による退職) 6. 退職届交付希望 (1: 有 2: 無) ※7. 喪失時被保険者種別 (3: 2次 4: 1次) 8. 補充採用予定の有無 (1: 有 2: 無)

8. 氏名 フリガナ(カタカナ)

10. 被保険者の住所又は居所

11. 被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日

12. 1 週間の所定労働時間 () 時間 () 分 ※13. 資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間 () 時間 () 分

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

住 所 記名押印又は署名 印 公共職業安定所長 殿

事業主 氏 名

電話番号

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等通知書 (事業主通知用)

確認(受理)通知年月日 雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認(通知)します。

被保険者番号 事業所番号 管轄区分 資格取得年月日

被保険者氏名 性別 (1: 男 2: 女) 生年月日 (2: 大正 3: 昭和 4: 平成) 取得時被保険者種別 (1: 2次 2: 1次 3: 2次 4: 1次) (2: 2次 3: 1次)

事業所名称 転勤の年月日

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (被保険者通知用)

確認(受理)通知年月日 取得時被保険者種別 (1: 2次 2: 1次 3: 2次 4: 1次) (2: 2次 3: 1次)

被保険者番号 被保険者氏名 生年月日 (2: 大正 3: 昭和 4: 平成)

事業所名称 転勤の年月日

雇用保険被保険者証

被保険者番号 被保険者氏名 生年月日 (2: 大正 3: 昭和 4: 平成)

資料2-9 雇用保険適用事業所設置届 事業主控(様式)

雇用保険適用事業所設置届 事業主控
事業主事業所各種変更届

1. 事業所番号	2. 管轄区分
<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
3. 変更年月日	
<input type="text"/>	
4. 事業所の名称	
<input type="text"/>	
5. 郵便番号	
<input type="text"/>	
6. 事業所の所在地	
<input type="text"/>	
7. 事業所の電話番号	
<input type="text"/>	
8. 設置年月日	9. 設置区分
<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/> (1 当然 2 任意)
10. 事業所区分	11. 産業分類
<input type="text" value="1"/> (1 個別 2 委託)	<input type="text"/>
12. 労働保険番号	
<input type="text"/>	
13. 備 考	
<input type="text"/>	

提出先の受理印

