

令和 年 月 日 申請

## 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	( 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

印

委任者氏名

委任者住所

委任者との関係