

元請
確認欄

提出日 年 月 日

社会保険加入状況

(年 月 日 作成)

事業所の名称
所長名 殿

一次
会社名 (次)
会社名

番号	ふりがな 氏名	社会保険		
		健康保険	年金保険	雇用保険

(注) 個人情報保護の観点から、被保険者番号等は本人の同意を得たうえで記載する。(記入要領)

- 健康保険欄には、上段に健康保険の名称（健康保険組合、協会けんぽ、建設国保、国民健康保険）を、下欄に健康保険被保険者証の番号の下4桁（番号が4桁以下の場合は、当該番号）を、なお、上記の保険に加入しておらず、後期高齢者である等により、国民健康保険の適用除外である場合には、上段に「適用除外」と記載する。
- 年金保険欄には、上段に年金保険の名称（厚生年金、国民年金）を、各年金の受給者である場合は、上段に「受給者」と記載する。
- 雇用保険欄には、下段に被保険者番号の下4桁（日雇労働被保険者の場合は、上段に「日雇保険」と）を、事業主である等により雇用保険の適用除外である場合は、上段に「適用除外」と記載する。