

(株)〇〇工務店
職能 太郎 殿

記入例 (事業主)

現況調査票 (事業主用)

①の書類は、法務局で発行できます。
②の書類は、年金事務所から送られてきます。

ご記入されている貴殿並びに貴事業所に勤務する従業員の方の就労状況等の確認のため、ご回答の確認のうえ、変更がある場合は※変更欄に記入してください。また、この調査票と一緒に次の書類を添付して下さい。

- ①履歴事項全部証明書【原本】(証明日が3カ月以内のもの)
- ②健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書【写し】(平成30年6月以降の年金事務所のもの)

◆②の通知書は、「健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書(従業員用)」内の履歴事項全部証明書と併せて提出(70歳未満の方は「健康保険・厚生年金保険被保険者資格喪失確認通知書」も併せて提出)してください。

①から⑤までは、貴事業所の登録情報が載っております。

左記の①から⑤までの登録情報に変更がある場合は、記入をお願いします。

①住所等	※変更欄
被保険者証記号・番号 88-00-1234	被保険者証記号・番号 88-
ふりがな	ふりがな
組合員名 職能 太郎	組合員名
生年月日 昭和45年7月23日	生年月日
組合員住所 〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-26	組合員住所
電話番号 03-3260-6441	電話番号

自宅の住所が変更になっている場合は、必ず住民票謄本と変更届の提出をお願いします。(所属の支部組合に連絡してください。)

②職種 大工	※変更欄
③従事区分 事業主	従業員 <input type="radio"/> 一人親方 <input type="radio"/>

保険料が変更になります。(所属の支部組合に連絡してください。)

左記に電話番号が載っていない方、または代わっている方は必ずご記入をお願いします。(携帯可)

④事業所の形態 法人事業所	※変更欄
法人 → 個人 <input type="radio"/>	法人 → 法人 <input type="radio"/>
休業 <input type="radio"/> 廃業 <input type="radio"/>	
解散年月日 昭和・平成 (年 月 日)	昭和・平成 (年 月 日)

保険料が変更になります。(所属の支部組合に連絡してください。)

⑤事業所の名称等	※変更欄
名称 (株)〇〇工務店	名称
所在地 〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-26	所在地
電話番号 03-3260-6441	電話番号
事業主氏名 職能 太郎	事業主氏名

⑥従業員一覧：貴事業所に従業員として登録されている方です。別添「現況調査票(従業員用)」をお渡し願います。

被保険者証記号・番号	氏名	調査票整理番号
88-00-1	建設 二郎	1234-1
88-00-111	職能 友二郎	1234-2
88-00-2222	国保 花子	1234-3

貴事業所の従業員で当組合の組合員の方が載っております。この方の現況調査票も同封しております。

健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書に名前が載っていない従業員については、現況調査票(従業員用)の雇用証明欄への記入をお願いします。また、厚生年金保険を喪失している70歳未満の方は、「健康保険・厚生年金保険被保険者資格喪失確認通知書」を提出してください。

上記の内容に相違ありません。

平成 年 月 日

組合員氏名

組合員氏名の記入と捺印を必ずお願いします。

印

東京建設職能国民健康保険組合理事長 殿

職能 二郎 殿

記入例 (従業員)

現況調査票 (従業員用)

この調査は、現在、当組合に加入している事業所に勤務する従業員の方の就労状況等の確認の調査となっております。記載内容を確認のうえ、変更がある場合は※変更欄に記入し、必要書類を添付の上、お手続きをお願いします。変更が生じる場合には、所属の支部組合にご連絡のうえ、必要書類をお手続をお願いします。

①から⑤までは、貴殿の登録情報が載っております。

左記の①から⑤までの登録情報に変更がある場合は、記入をお願いします。

①住所等

被保険者証記号・番号	88-00-1
ふりがな	
組合員名	職能 二郎
生年月日	昭和55年1月1日
組合員住所	〒162-0000 東京都新宿区市谷田町0-00
電話番号	03-0000-0000

※変更欄

被保険者証記号・番号	88-
ふりがな	
組合員名	
生年月日	
組合員住所	
電話番号	

自宅の住所が変更になっている場合は、必ず住民票謄本と変更届の提出をお願いします。(所属の支部組合にご連絡してください。)

左記に電話番号が載っていない方、または代わっている方は必ずご記入をお願いします。(携帯可)

②職種

大工工事業

③従事区分

従業員

※変更欄

事業主

一人親方

保険料が変更になります。(所属の支部組合にご連絡してください。)

④事業所の形態

法人事業所

※変更欄

法人事業所 ↓ 個人事業所	法人事業所 ↓ 法人事業所	退職
		昭和・平成
		(年 月 日)

⑤事業所の名称等

名称	(株)〇〇工務店
所在地	〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-26
電話番号	03-3260-6441
事業主氏名	職能 太郎

※変更欄

名称	
所在地	〒
電話番号	
事業主氏名	

上記の内容に相違ありません。

平成 年 月 日

組合員氏名

東京建設職能国民健康保険組合理事長 殿

組合員氏名の記入と捺印を必ずお願いします。

印

●事業主の方へ

添付書類としてご提出いただきます、「健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書【写し】」にお名前が記載がない従業員の方につきましては、下記、雇用証明欄へのご記入をお願いいたします。

雇用証明 (事業所証明) 欄

左記の者は、当社の従業員であることを証明します。

平成 年 月 日

所在地

事業所名

事業主氏名

電話番号

健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書に名前が載っていない方は、こちらの雇用証明欄に事業主の証明が必要です。必ず記入をお願いします。また、70歳未満の方は、「健康保険・厚生年金保険被保険者資格喪失確認通知書」を提出してください。

印