

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称		
	被保険者氏名	(フリガナ)			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 -			電話番号 (日中の連絡先)	()
					提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

※ 下欄にある認定対象者の氏名の欄には免除対象となる被保険者および被扶養者を記入してください。
 被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄をチェックしてください。……………

認 定 対 象 者	1	氏名	(フリガナ)	被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
	2	氏名	(フリガナ)	被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
	3	氏名	(フリガナ)	被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
	4	氏名	(フリガナ)	被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
	5	氏名	(フリガナ)	被保険者 との続柄	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに免除証の送付を希望する場合にご記入ください。

希 望 送 付 先	住所	〒 -	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名			
		被保険者 との関係		

…………… 受付日付印 ……………

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、 本人確認をするための添付書類が必要となります。
--	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--