|  |
| --- |
| 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．確認書の請求枚数

|  |
| --- |
| 枚 |

3．申請事由

|  |
| --- |
| 大館市立総合病院に提出する「入札参加資格審査申請」に添付するため |

4．確認事由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 対　象　期　間 | 未納の有無 |
| 健康保険料  厚生年金保険料  子ども・子育て拠出金  （延滞金を含む） | 年　　月分から　　　　年　　月分まで | 有 ・ 無 |

※対象期間は、申請日に確認可能な月までの直近１年間を対象とする。

|  |  |
| --- | --- |
| 管掌区分 | 1．全国健康保険協会管掌健康保険　・　2．組合管掌健康保険 |

上記のとおり相違ないことを確認します。

令和　　年　　月　　日

日本年金機構

　　　　　　　　　　　　　　　　　年金事務所長

|  |
| --- |
| 委　任　欄  私、上記申請者は社会保険料納入確認書の交付申請及び受領について、  下記の者に委任します。 |
| 受任者氏名  　受任者住所  　委任者との関係 |