

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	印
電話番号	() - () - ()

2. 確認書の請求枚数

枚

3. 申請事由

大館市に提出する「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。

年 月 日

日本年金機構
年金事務所長 印

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。	印
受任者氏名	
受任者住所	
委任者との関係	