

社会福祉事業等の事業所用

社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

I. 現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

Table with 2 columns: Number (1-5) and Status (加入している, 現在加入中, etc.) with detailed instructions and a grid for input.

II. 現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

Table with 2 columns: Number (1-4) and Status (加入している, 現在加入中, etc.) with detailed instructions and a grid for input.

回答年月日 年 月 日

事業所名称 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

会社等法人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。