|  |
| --- |
| 平成　　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．申請理由

|  |
| --- |
| 　大館市立扇田病院に提出する「入札参加申込書」に添付するため |

３．確認事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 対　象　期　間 | 未納の有無 |
| 健康保険料厚生年金保険料児童手当拠出金（延滞金を含む） | 平成　　年　　月分から平成　　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。

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　年金事務所長　　　　印

平成　　年　　月　　日

大館市立扇田病院

大館市病院事業管理者　　佐々木　睦男　　様

所　　　　在

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

社会保険の加入義務がないことの誓約書

社会保険について、適用事業所となっていないので、加入義務がないことを誓約します。