

届書コード	処理区分	届書
120		

事務センター長 所長	副事務センター長 副所長	グループ長 課長	担当者

健康保険  
厚生年金保険

## 任意特定適用事業所 申出書／取消申出書

令和 年 月 日提出

提出者（代表事業所）記入欄	①事業所整理記号		②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	( ) _____		

同一法人番号のすべての事業所の代表事業所として提出します。

年金事務所受付印	健康保険組合受付印

社会保険労務士の提出代行者

共通項目	⑥ 法人番号							入力項目	⑤※1 番号区分	1. 法人事業所 2. 個人事業所	⑧※1 該当区分	2
	⑦ 該当／不該当の別	1. 該当 (申出)	2. 不該当 (取消)	⑨※1 該当年月日	令和 年 月 日	⑨※1 不該当年月日	令和 年 月 日					
	同意対象者数※2							名				
	同意者数※2							名				

※1 「⑤」「⑧」「⑨」は記入不要です。  
 ※2 任意特定適用事業所の申出の際に、同意対象者の過半数で組織する労働組合の同意又は同意対象者の過半数を代表する者の同意を得た場合は記入不要です。  
 任意特定適用事業所取消の申出の際に、同意対象者の4分の3以上で組織する労働組合の同意又は同意対象者の4分の3以上を代表する者の同意を得た場合は記入不要です。

申出	任意特定適用事業所申出にあたっての同意方法にチェックを入れてください。
	<input type="checkbox"/> 1. 同意対象者数の過半数で組織する労働組合の同意 <input type="checkbox"/> 2. 同意対象者数の過半数を代表する者の同意 <input type="checkbox"/> 3. 同意対象者数の2分の1以上の同意

取消申出	任意特定適用事業所取消の申出にあたっての同意にチェックを入れてください。
	<input type="checkbox"/> 1. 同意対象者数の4分の3以上で組織する労働組合の同意 <input type="checkbox"/> 2. 同意対象者数の4分の3以上を代表する者の同意 <input type="checkbox"/> 3. 同意対象者数の4分の3以上の同意

健康保険組合管掌事業所である場合は以下の事項に記載してください。

健康保険組合名称	健康保険組合	健康保険組合所在地	〒 _____
		電話	( ) _____
管轄年金事務所名称	年金事務所	管轄年金事務所所在地	〒 _____
		電話	( ) _____

備考	
----	--

- (注) 1 健康保険組合管掌事業所が申出する場合は、健康保険組合に提出してください。  
 (この申出書の写しを申出書として日本年金機構へ回送します)  
 2 任意特定適用事業所該当年月日は「任意特定適用事業所 申出書」の受理日となります。  
 3 任意特定適用事業所不該当年月日は「任意特定適用事業所 取消申出書」の受理日の翌日となります。

この届書は「特定適用事業所以外の事業主が従業員の同意を得て任意特定適用事業所となる申出をする場合」又は「任意特定適用事業所の事業主が従業員の同意を得て任意特定適用事業所でなくなる場合」に提出していただくものです。

「特定適用事業所」とは、事業主が同一である1又は2以上の適用事業所であって、これに使用される通常の労働者及びこれに準ずる者の総数が常時500人を超えるものの各適用事業所をいいます。

- ・「事業主が同一である1又は2以上の適用事業所」とは、
  - ・ 法人事業所に属する事業所の場合、法人番号が同じ適用事業所を指します。
  - ・ 個人事業所の場合、現在の適用事業所を指します。
- ・「通常の労働者及びこれに準ずる者の総数」とは、「厚生年金保険の被保険者（短時間労働者<sup>\*1</sup>を除く）の総数」をいいます。なお、各共済組合の組合員（第2号～第4号厚生年金被保険者）も被保険者に含めます。
- ・「常時500人を超えるもの」とは、「1年のうち6月以上500人を超えることが見込まれる場合」をいいます。
- ・「任意特定適用事業所」とは、特定適用事業所以外の適用事業所の事業主が同意対象者<sup>\*2</sup>の同意を得て申出し、任意特定適用事業所となった事業所をいいます。
  - ・ 任意特定適用事業所となる申出を行う場合には以下の同意を得る必要があります。
    - i. 同意対象者の過半数で組織する労働組合の同意（該当する労働組合がないときはii、iiiのいずれかの同意）
    - ii. 同意対象者の過半数を代表する者の同意
    - iii. 同意対象者の2分の1以上の同意

※1 短時間労働者とは、勤務時間・勤務日数が常時雇用者の4分の3未満で次の4要件を全て満たす方を指します。

- ① 週の所定労働時間が20時間以上あること
- ② 雇用期間が1年以上見込まれること
- ③ 賃金の月額が8.8万円以上であること
- ④ 学生でないこと

※2 ここでいう「同意対象者」とは、事業主が同一である1又は2以上の適用事業所に使用される厚生年金保険の被保険者（各共済組合の組合員（第2号～第4号厚生年金被保険者）を含む）、70歳以上被用者および短時間労働者を指します。

・任意特定適用事業所の事業主は、従業員の同意を得て、「任意特定適用事業所 取消申出書」を提出することにより、任意特定適用事業所に該当しなくなったものとして取り扱われます。任意特定適用事業所取消の申出を行う場合には以下の同意を得る必要があります。

- i. 同意対象者<sup>\*3</sup>の4分の3以上で組織する労働組合の同意（該当する労働組合がないときはii、iiiのいずれかの同意）
- ii. 同意対象者の4分の3以上を代表する者の同意
- iii. 同意対象者の4分の3以上の同意

※3 ここでいう「同意対象者」とは、事業主が同一である1又は2以上の適用事業所に使用される厚生年金保険の被保険者（短時間労働者および各共済組合の組合員（第2号～第4号厚生年金被保険者）を含む）および70歳以上被用者を指します。

## 記入方法

### 提出者（代表事業所）記入欄

- ・「任意特定適用事業所 申出書／取消申出書」の提出者は、法人事業所の場合、本店又は主たる事業所の事業主となります。
- ・事業所整理記号及び事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された番号を記入してください。

①事業所整理記号	0	1	-	ケ	イ	ト	②事業所番号	12345
----------	---	---	---	---	---	---	--------	-------

- ・事業主の押印は、署名（自筆）の場合は必要ありません。
- ⑥法人番号：法人事業所の場合、「法人番号」を記入してください。個人事業所の場合は記入不要です。
- ⑦該当/不該当の別：「任意特定適用事業所 申出書」を提出する場合は「1. 該当（申出）」、「任意特定適用事業所 取消申出書」を提出する場合は「2. 不該当（取消）」を○で囲んでください。

## 添付書類

- ・同意対象者の同意を得たことを証する書類（同意書）を添付してください。
  - ・労働組合から同意を得た場合は、同意書とあわせて、同意対象者の過半数（4分の3以上）で組織する労働組合であることを証する書類（証明書）を添付してください。
  - ・過半数代表者（4分の3以上代表者）から同意を得た場合は、同意書とあわせて、同意対象者の過半数（4分の3以上）を代表する者として正当に選出された者であることを証する書類（証明書）を添付してください。

## 同意書

(事業主名)殿

〔労働組合の名称及び当該労働組合の代表者の氏名又は過半数代表者（4分の3以上代表者）の氏名（記名・押印または自署してください。自署の場合、押印は省略可能です。）〕

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の規定に基づき、以下のことに同意します。

	チェックボックス	同意内容
申出	<input type="checkbox"/>	<b>任意特定適用事業所の申出をすることに同意します。</b> (短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を取得する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者該当となる)ことに同意します。)

	チェックボックス	同意内容
取消	<input type="checkbox"/>	<b>任意特定適用事業所の取消申出をすることに同意します。</b> (短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。)
不該当	<input type="checkbox"/>	<b>特定適用事業所不該当の申出をすることに同意します。</b> (短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。)

※上記のうち該当する区分のチェックボックスにチェック(✓)を付けてください。

# 証 明 書

(下記1・2のうち、該当する数字に○を付して、各項目にご記入ください。)

1 令和 年 月 日現在の下記労働組合の現況は次のとおりです。

同一法人番号の事業所を代表する事業所名	_____
労働組合の名称	_____
同意対象者数	_____名
同意対象者数のうち当該労働組合員の数	_____名

2 下記の者が同意対象者の〔 過半数・ 4分の3以上 〕を代表する者として正当に選出されたものです。

所 属	_____
役 職	_____
氏 名	_____
作 所	_____
同意対象者数	_____名
同意者数	_____名
選出方法	投票 ・ 挙手 ・ 持ち回り決議 ・ その他 ( _____ )

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

※この証明書は労働組合又は同意対象者を代表する者の同意書と併せて提出してください。

令和 年 月 日

様

### 同意書

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の規定に基づき、以下のことに同意します。

	チェックボックス	同意内容
申出	<input type="checkbox"/>	任意特定適用事業所申出をすることに同意します。 (短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を取得する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者該当となる)ことに同意します。)

	チェックボックス	同意内容
取消	<input type="checkbox"/>	任意特定適用事業所取消申出をすることに同意します。 (短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。)
不該当	<input type="checkbox"/>	特定適用事業所不該当の申出をすることに同意します。 (短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。)

※上記のうち該当する区分のチェックボックスにチェック(✓)を付してください。

#### [適用事業所]

① 事業所整理記号 (船舶所有者整理記号)	
② 事業所名称 (船舶所有者)	
③ 事業所所在地 (船舶所有者住所)	

#### [同意する者]

⑤ 被保険者番号	
⑥ 氏名 (署名又は記名押印)	
⑦ 生年月日	昭和 年 月 日 平成
⑧ 住所	

※短時間労働者とは、勤務時間・勤務日数が常時雇用者の4分の3未満で次の4要件を全て満たす方を指します。

- ① 週の所定労働時間が20時間以上あること
- ② 雇用期間が1年以上見込まれること
- ③ 賃金の月額が8.8万円以上であること
- ④ 学生でないこと

## 同意書

様

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の規定に基づき、以下のことに同意します。

	チェックボックス	同意内容
申出	<input type="checkbox"/>	任意特定適用事業所申出をすることに同意します。 〔短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を取得する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者該当となる)ことに同意します。〕

	チェックボックス	同意内容
取消	<input type="checkbox"/>	任意特定適用事業所取消申出をすることに同意します。 〔短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。〕
不該当	<input type="checkbox"/>	特定適用事業所不該当の申出をすることに同意します。 〔短時間労働者が健康保険・厚生年金保険の被保険者資格を喪失する(70歳以上の短時間労働者については厚生年金保険の70歳以上被用者不該当となる)ことに同意します。〕

※上記のうち該当する区分のチェックボックスにチェック(✓)を付してください。

〔適用事業所〕

① 事業所整理記号 (船舶所有者整理記号)		③ 事業所名称 (船舶所有者)	
② 事業所所在地 (船舶所有者住所)			

〔同意する者〕 (※1 被保険者番号のない方は記入不要です。)

項番	被保険者 番号※1	同意する者の氏名	同意する者の生年月日	同意する者の住所
1			昭和 平成 年 月 日	
2			昭和 平成 年 月 日	
3			昭和 平成 年 月 日	
4			昭和 平成 年 月 日	
5			昭和 平成 年 月 日	
6			昭和 平成 年 月 日	
7			昭和 平成 年 月 日	
8			昭和 平成 年 月 日	
9			昭和 平成 年 月 日	
10			昭和 平成 年 月 日	

届書コード	処理区分
120	届書

事務センター長 所長	副事務センター長 副所長	グループ長 課長	担当者

健康保険  
厚生年金保険

## 特定適用事業所 該当／不該当届

令和 年 月 日提出

提出者（代表事業所）記入欄	①事業所整理記号	②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	

同一法人番号のすべての事業所の代表事業所として提出します。

年金事務所受付印	健康保険組合受付印
社会保険労務士の提出代行者	

共通項目	⑥ 法人番号	⑤* 番号区分	1. 法人事業所	⑧* 該当区分	1
	⑦ 該当／不該当の別	⑨ 該当年月日	2. 個人事業所		3
	1. 該当 2. 不該当	令和 年 月 日	⑨* 不該当年月日	令和 年 月 日	

※「⑤」「⑧」「⑨不該当年月日」は記入不要です。

該当	該当年月日時点において厚生年金保険の被保険者※の総数(短時間労働者を除く)が常時500人を超えることが見込まれる。 ※「被保険者」には各共済組合(第2号～第4号厚生年金被保険者)を含みます。	<input type="checkbox"/> (見込まれる場合、✓を入れてください。)
----	--	---

不該当	同意対象者数*	名
	同意者数*	名
	特定適用事業所不該当の届出を行うにあたっての同意方法にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 1. 同意対象者数の4分の3以上で組織する労働組合の同意 <input type="checkbox"/> 2. 同意対象者数の4分の3以上を代表する者の同意 <input type="checkbox"/> 3. 同意対象者数の4分の3以上の同意	

※同意対象者の4分の3以上で組織する労働組合の同意又は同意対象者の4分の3以上を代表する者の同意を得た場合は記入不要です。

健康保険組合管掌事業所である場合は以下の事項に記載してください。			
健康保険組合名称※1	健康保険組合	健康保険組合所在地※1	〒 電話 ( )
管轄年金事務所名称※2	年金事務所	管轄年金事務所所在地※2	〒 電話 ( )

備考	
----	--

- (注) 1 健康保険組合管掌事業所の場合は、特定適用事業所不該当届は健康保険組合又は日本年金機構に提出してください。  
(不該当届の写しを届書として健康保険組合・日本年金機構で回送します)
- 2 特定適用事業所不該当年月日は「特定適用事業所不該当届」の受理日の翌日となります。

様式コード			
2	2	1	0
届出コード			
2	1	0	

健康保険  
厚生年金保険  
厚生年金保険

# 被保険者区分変更届 70歳以上被用者区分変更届

事務センター長 所長	副事務センター長 副所長	グループ長 課長	担当者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	① 事業所整理記号	事業所番号	健康保険被保険者証の記号	受付印
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	( )	社会保険労務士記載欄 氏名等	

被保険者(被用者) 1	② 整理記号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	④ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
	③ 個人番号(または 基礎年金番号)	(フリガナ)							
	※⑤ 処理区分	1. 70歳以上被用者 2. 高齢任意加入被保険者	⑥ 変更後区分	0. 一般 1. 短時間労働者(3/4未満)	⑦ 変更年月日	9.令和	年	月	日

被保険者(被用者) 2	② 整理記号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	④ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
	③ 個人番号(または 基礎年金番号)	(フリガナ)							
	※⑤ 処理区分	1. 70歳以上被用者 2. 高齢任意加入被保険者	⑥ 変更後区分	0. 一般 1. 短時間労働者(3/4未満)	⑦ 変更年月日	9.令和	年	月	日

被保険者(被用者) 3	② 整理記号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	④ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
	③ 個人番号(または 基礎年金番号)	(フリガナ)							
	※⑤ 処理区分	1. 70歳以上被用者 2. 高齢任意加入被保険者	⑥ 変更後区分	0. 一般 1. 短時間労働者(3/4未満)	⑦ 変更年月日	9.令和	年	月	日

被保険者(被用者) 4	② 整理記号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	④ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
	③ 個人番号(または 基礎年金番号)	(フリガナ)							
	※⑤ 処理区分	1. 70歳以上被用者 2. 高齢任意加入被保険者	⑥ 変更後区分	0. 一般 1. 短時間労働者(3/4未満)	⑦ 変更年月日	9.令和	年	月	日

被保険者(被用者) 5	② 整理記号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	④ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
	③ 個人番号(または 基礎年金番号)	(フリガナ)							
	※⑤ 処理区分	1. 70歳以上被用者 2. 高齢任意加入被保険者	⑥ 変更後区分	0. 一般 1. 短時間労働者(3/4未満)	⑦ 変更年月日	9.令和	年	月	日

※「⑤」は該当しない場合記入不要です。