

資料① 領収証書(様式)

領収済通知書

国庫金

厚生保険

6118 00063140 厚生労働省年金局(函館)

事業所整理記号	事業所番号	うち証券受領
		円

納付目的
健康保険料
厚生年金保険料
児童手当拠出金
平成 年度

厚生労働省所管
年金特別会計

取納機用番号	納付番号	確認番号
00500		

納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、成人代理店又は日本年金機構
高齢年金事務課

あて先
歳入徴収官

厚生労働省年金局事業管理課長

(所在地) (〒100-8916) 千代田区霞が関2-2

(納付方法) 日本年金機構の厚生労働省年金局 〒106-8555 目黒区目黒3-2-2
この納入告知書(納付書)はPay-easy(ペイジー)対応のATM、
インターネットバンキング等を利用して納付することができます。

担当課 高齢年金事務所歳収担当

上記の合計額を領収しました。
(領収日付印)

(厚生労働省年金局送付分)

翌年度5月1日以降現年度歳入組入

領収控

国庫金

厚生保険

年度 年金特別会計 厚生労働省 取納機用番号 取納番号 取納機用番号
6118 00063140 厚生労働省年金局(函館)

納付目的年月

平成 年 月 分

納付期限

平成 年 月 日

納入告知書(納付書)発行年月日

平成 年 月 日

事業所整理記号	事業所番号	うち証券受領
		円

証券受領
全部 一部

合計額									
千	百	十	百	千	百	十	百	十	百

納付目的
健康保険料
厚生年金保険料
児童手当拠出金
平成 年度

厚生労働省所管
年金特別会計

取納機用番号	納付番号	確認番号
00500		

納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、成人代理店又は日本年金機構
高齢年金事務課

延滞金の 期限内に完納されなかったときは、延滞金の納付を要します。
計算方法 (厚生労働省令第108号、第109号附則第2条、厚生労働省令第108号、
第109号附則第2条の4、児童手当法第22条)
年間の完納の期日は、完納に充て、次いで延滞金に充てると。

この納入告知書(納付書)はPay-easy(ペイジー)対応のATM、
インターネットバンキング等を利用して納付することができます。

上記の合計額を領収しました。
(領収日付印)

(取納機用)

翌年度5月1日以降現年度歳入組入

納入告知書 納付書 領収証書

国庫金

厚生保険

年度 年金特別会計 厚生労働省 取納機用番号 取納番号 取納機用番号
6118 00063140 厚生労働省年金局(函館)

納付目的年月

平成 年 月 分

納付期限

平成 年 月 日

右記のとおり納付してください。

事業所整理記号	事業所番号	うち証券受領
		円

証券受領
全部 一部

合計額									
千	百	十	百	千	百	十	百	十	百

納付目的
健康保険料
厚生年金保険料
児童手当拠出金
平成 年度

厚生労働省所管
年金特別会計

取納機用番号	納付番号	確認番号
00500		

納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、成人代理店又は日本年金機構
高齢年金事務課

延滞金の 期限内に完納されなかったときは、延滞金の納付を要します。
計算方法 (厚生労働省令第108号、第109号附則第2条、厚生労働省令第108号、
第109号附則第2条の4、児童手当法第22条)
年間の完納の期日は、完納に充て、次いで延滞金に充てると。

この納入告知書(納付書)はPay-easy(ペイジー)対応のATM、
インターネットバンキング等を利用して納付することができます。

歳入徴収官
厚生労働省年金局事業管理課長

上記の合計額を領収しました。
(領収日付印)

(納付者済)

翌年度5月1日以降現年度歳入組入

資料② 社会保険料納入証明書(様式)

別紙4

平成 年 月 日 申請

社会保険料納入証明(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. 申請事由

--

3. 証明事由

月 分	保 険 料			収納年月日
	健康保険	厚生年金	児童手当拠出金	
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

歳入徴収官
厚生労働省年金局事業管理課長

印

資料③ 健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 (様式)

(説明)
 (1)(注1) 年益非商所名を出
 力する。
 (2)(注2) 社会保険労務士ニ
 下の照会がある場
 合に出力する。

(注2)
 S C XXXX

健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書

事業所整理記号	事業所番号	被保険者氏名	被保険者住所	標準報酬月額	種別	取得区分	資格取得年月日	基礎年金番号
ZZZZZZ9	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	9X	9X	XXXX.XX	XXXX-XXXX
ZZZZZZ9	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	9X	9X	XXXX.XX	XXXX-XXXX
ZZZZZZ9	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	9X	9X	XXXX.XX	XXXX-XXXX
ZZZZZZ9	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	9X	9X	XXXX.XX	XXXX-XXXX
ZZZZZZ9	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	9X	9X	XXXX.XX	XXXX-XXXX
ZZZZZZ9	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	9X	9X	XXXX.XX	XXXX-XXXX
ZZZZZZ9	XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	9X	9X	XXXX.XX	XXXX-XXXX

郵便番号 999-XXXX
 事業所住所 999-XXXX
 事業所名称 999-XXXX
 事業主氏名 999-XXXX

日本年金機構理事長 (注1) (XXXXXX)

規格 縦 8 1/6 インチ 横 1 2 7/10 インチ

健康保険 厚生年金保険 資格取得確認および標準報酬決定通知書 (1/2)

資料④ 労働保険 概算・確定保険料申告書(様式)

様式第6号(第24条、第25条、第33条関係)(甲)

労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書
石綿健康被害救済法 一般拠出金

継続事業

(一括有期事業を含む。)

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

第3片[記入に当たっての注意事項]をよく読んでから記入して下さい。
OCR枠への記入は上記の「標準字体」でお願いします。

提出用

平成 年 月 日

あて先 〒060-8566

札幌市北区北8条西2丁目1-1

札幌第1合同庁舎

北海道労働局
労働保険特別会計歳入徴収官殿 (注2)(注1)

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▶)の所で折り曲げて下さい。）

石綿による健康被害の救済に関する法律第35条第1項に基づき、労働保険適用事業主から徴収する一般拠出金（一括拠出金は継続できません）

種別 3 2 7 0 0 ※修正項目番号 ※入力指定コード

① 労働保険 ② 増加年月日(元号:平成は?) ③ 事業廃止等年月日(元号:平成は?) ※事業廃止等理由

④ 常時使用労働者数 ⑤ 雇用保険被保険者数 ⑥ 免除対象高齢労働者数 ※保険関係第1片保険理由コード

※各種区分 第2片 保険関係等 業種 産業分類

⑦ 確定保険料算定内訳

区分	算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	⑧ 保険料・拠出金算定基礎額	⑨ 保険料・拠出金率	⑩ 確定保険料・一般拠出金額 (⑧ × ⑨)
労働保険料		(イ)	(イ) 1000分の	(イ)
労災保険分		(ロ)	(ロ) 1000分の	(ロ)
雇用保険法適用者分		(ハ)		
高齢労働者分		(ニ)	(ニ) 1000分の	(ニ)
保険料算定対象者分		(ホ)	(ホ) 1000分の	(ホ)
一般拠出金(注1)		(ヘ)	(ヘ) 1000分の	(ヘ)

⑪ 概算・増加概算保険料算定内訳

区分	算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	⑫ 保険料算定基礎額の見込額	⑬ 保険料率	⑭ 概算・増加概算保険料額 (⑫ × ⑬)
労働保険料		(イ)	(イ) 1000分の	(イ)
労災保険分		(ロ)	(ロ) 1000分の	(ロ)
雇用保険法適用者分		(ハ)		
高齢労働者分		(ニ)	(ニ) 1000分の	(ニ)
保険料算定対象者分		(ホ)	(ホ) 1000分の	(ホ)

⑮ 事業主の郵便番号(変更のある場合記入) ⑯ 事業主の電話番号(変更のある場合記入)

⑰ 延納の申請納付回数

※積算有無区分 ※算定対象区分 ※データ指示コード ※再入力区分 ※修正項目

⑱ 申告済概算保険料額

⑲ 申告済概算保険料額

⑳ 増加概算保険料額

㉑ 保険関係 成立年月日

㉒ 事業又は作業の種類

㉓ 事業廃止等理由 (1)廃止 (2)委託 (3)開閉 (4)労働者なし (5)その他

⑳ 加入している労働保険 (イ)労働保険 (ロ)雇用保険 ㉔ 特掲事業 (イ)該当する (ロ)該当しない

㉕ (イ)所在地 (ロ)名称

㉖ (イ)住所(法人のときは所在地) (ロ)名称 (ハ)氏名(法人のときは代表者の氏名)

記名押印又は署名

㉗ 差引額 (イ) 充当額 (ロ) 還付額 (ハ) 不足額

㉘ 期別納付額 (イ) 第1期 (ロ) 第2期 (ハ) 第3期

㉙ 業主

⑳ 申告済概算保険料額

㉑ 増加概算保険料額

㉒ 保険関係 成立年月日

㉓ 事業又は作業の種類

㉔ 事業廃止等理由 (1)廃止 (2)委託 (3)開閉 (4)労働者なし (5)その他

㉕ 加入している労働保険 (イ)労働保険 (ロ)雇用保険 ㉖ 特掲事業 (イ)該当する (ロ)該当しない

㉗ (イ)所在地 (ロ)名称

㉘ (イ)住所(法人のときは所在地) (ロ)名称 (ハ)氏名(法人のときは代表者の氏名)

記名押印又は署名

資料⑤ 領収済通知書(様式)

領収済通知書		(労働保険)	(国庫金)	(記入例) ¥0123456789
30840	取扱庁名 青森労働局	※取扱庁番号 00075227	徴収協定 保険料収入及び 経費支出金収入	労働保険特別会計 0847 厚生労働省管 6118 平成 <input type="text"/> 年度 <input type="text"/>
労働保険番号 30840	都道府県所管管轄 青森	基幹番号 00075227	技番号 00075227	※CD <input type="text"/> ※証券受領 <input type="text"/>
※全額年度(元号:平成は7) 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		※徴収年月日(元号:平成は7) 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		至年度5月1日以降 現年度歳入組入
納付の目的		※納付区分 項 <input type="text"/>		※収入税別 項 <input type="text"/>
1. 平成 <input type="text"/> 年度 第 <input type="text"/> 期		※認定区分 項 <input type="text"/>		※データ 指示コード 項 <input type="text"/>
2. 追加徴収...1 料率引上...2		※課税区分 項 <input type="text"/>		※内証券受領 項 <input type="text"/>
3. 平成 <input type="text"/> 年度 確定		※課税区分 項 <input type="text"/>		※内証券受領 項 <input type="text"/>
納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署		納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署		納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署
納付の内訳		納付の内訳		納付の内訳
労働保険料		労働保険料		労働保険料
一般提出金		一般提出金		一般提出金
納付額(合計額)		納付額(合計額)		納付額(合計額)
あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎		あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎		あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎
領収日付印		領収日付印		領収日付印
青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官		青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官		青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官
(官庁送付分)		(官庁送付分)		(官庁送付分)

領収済通知書		(労働保険)	(国庫金)	(記入例) ¥0123456789
30820	取扱庁名 青森労働局	※取扱庁番号 00075227	労働保険特別会計 0847	厚生労働省管 6118 平成 <input type="text"/> 年度 <input type="text"/>
労働保険番号 30820	都道府県所管管轄 青森	基幹番号 00075227	技番号 00075227	※CD <input type="text"/> ※証券受領 <input type="text"/>
※納付区分 項 <input type="text"/>		※収入税別 項 <input type="text"/>		※内証券受領 項 <input type="text"/>
※納付年月日(元号:平成は7) 元号 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		※課税区分 項 <input type="text"/>		※データ 指示コード 項 <input type="text"/>
納付額		納付額		納付額
納付の目的(上記金額の内訳)		納付の目的(上記金額の内訳)		納付の目的(上記金額の内訳)
1. 平成 <input type="text"/> 年度 第 <input type="text"/> 期		1. 平成 <input type="text"/> 年度 第 <input type="text"/> 期		1. 平成 <input type="text"/> 年度 第 <input type="text"/> 期
2. 追加徴収...1 料率引上...2		2. 追加徴収...1 料率引上...2		2. 追加徴収...1 料率引上...2
3. 平成 <input type="text"/> 年度 確定		3. 平成 <input type="text"/> 年度 確定		3. 平成 <input type="text"/> 年度 確定
4. 滞り金...3 延滞金...5 あわせて納付...7		4. 滞り金...3 延滞金...5 あわせて納付...7		4. 滞り金...3 延滞金...5 あわせて納付...7
あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎 青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官		あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎 青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官		あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎 青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官
納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署		納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署		納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は歳入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署
領収日付印		領収日付印		領収日付印
青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官		青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官		青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官
(官庁送付分)		(官庁送付分)		(官庁送付分)

資料⑥ 雇用保険被保険者資格取得等通知書(事業主通知用)(様式)

様式第4号

雇用保険被保険者 資格喪失届 氏名変更届

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合は折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

※ 帳票種別

1 2 1 0 2: 氏名変更届 3: 資格喪失届

1. 被保険者番号 2. 事業所番号 3. 資格取得年月日

管轄区分 被保険者氏名 性別 (1男 2女) 生年月日 (2大正 3昭和 4平成) 取得時被保険者種類 (1又は9 一般 4又は5 高年齢 2又は3 短期)

事業所名略称 転勤の年月日

4. 離職年月日 5. 喪失原因 (1 離職以外の理由 2 3以外の離職 3 事業主の都合による離職) 6. 離職票交付希望 (1有 2無) ※7. 喪失時被保険者種類 (3 季節) 9. 補充採用予定の有無 (空白 無 1 有)

8. 新氏名 フリガナ(カタカナ)

10. 被保険者の住所又は居所 11. 被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日

12. 1週間の所定労働時間 ()時間 ()分 ※13. 資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間 ()時間 ()分

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

住所 平成 年 月 日 記名押印又は署名 印 公共職業安定所長 殿 電話番号

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等通知書(事業主通知用)

確認(受理)通知年月日 雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認(通知)します。

被保険者番号 事業所番号 管轄区分 資格取得年月日 被保険者氏名 性別 (1男 2女) 生年月日 (2大正 3昭和 4平成) 取得時被保険者種類 (1又は9 一般 4又は5 高年齢 2又は3 短期) 事業所名略称 転勤の年月日

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(被保険者通知用)

被保険者番号 確認(受理)通知年月日 資格取得年月日 取得時被保険者種類 (1又は9 一般 4又は5 高年齢 2又は3 短期) 被保険者氏名 生年月日 (2大正 3昭和 4平成) 事業所名略称 転勤の年月日

様式第7号

雇用保険被保険者証

被保険者番号 被保険者氏名 生年月日 (2大正 3昭和 4平成)