

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	
電話番号	()-()-()

2. 申請事由

高知市キャッシュレス決済機能付き対面式セミセルフPOSレジ導入等業務公募型プロポーザルへの参加申請のため

3. 確認事由 (確認機関記入欄)

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 ~ 年 月分 (直近2年間の納期到来分)	有・無

※加入のない項目については該当項目を二重線により消してください。

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。

令和 年 月 日

印

事業主の方以外が申請及び納入確認書の受領を行う場合には、委任状が必要です。以下の欄に、委任者(事業主)が記入し、申請及び受領の際に提出してください。

委任状

次の者に、この申請及び納付確認の受領を委任します。

代理人 住所 _____

代理人 氏名 _____

令和 年 月 日

事業主 氏名 _____