

社会保険料納入確認（申請）書

(法人又は任意適用事業所用)

1 申請者

事業所整理記号	事業所番号

事業所所在地	〒100-0000 ○○県○○市○○○○○○○○○	
事業所名称	株式会社○○○○○○○○○	
事業主氏名	代表取締役 ○○ ○○	印
電話番号	○○○○-○○-○○○○	

2 申請理由

入札参加資格申請手続きにおいて、社会保険料の未納が無いことを確認するため

3 確認書の請求枚数

1枚

・健康保険料
 ・厚生年金保険料
 ・子ども・子育て拠出金の3項目について未納が無いことの証明が必要です。

猶予期間の
が執行する入

対象期間は申請日において直近証明可能な月から2年間分
 ※年度ごとではありません。
 ※本資料の対象期間は記載例です。

5 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 子ども・子育て拠出金 (延滞金を含む)	令和2年11月分から 令和4年12月分まで	有・ <input checked="" type="radio"/> 無

※対象期間は、申請日に確認可能な月までの直近2年間を対象とする。

管掌区分	<input checked="" type="radio"/> 1. 全国健康保険協会管掌健康保険・ <input type="radio"/> 2. 組合管掌健康保険
------	---

※年金事務所記入欄

上記のとおり相違ないことを

令和5年1月

「2. 組合管掌健康保険」に○が付いた場合は、年金事務所で健康保険料分の証明が出来ません。別途健康保険組合から健康保険料分について未納の無い証明を取得する必要があります。

印

私、上記申請者は社会保険料納入確認書の交付申請及び受領について、
 下記の者に委任します。

印

受任者氏名
 受任者住所
 委任者との関係