

## 事業所概況届

当健康保険組合へ加入を希望する事業所は、この事業所概況届に必要な事項を記入し、下記の書類を添付のうえ、当健康保険組合調査課宛に送付してください。

加入の可否は、本届及び添付書類等に基づき総合的に審査を行い、結果は概ね1か月後に電話連絡いたします。

なお、提出された書類では判断が困難なときは追加書類を求めることがあります。

また、回答までにさらに時間を要することもありますので、あらかじめご承知おきください。

※ 本届には、次の書類を添付してください。

1. 登記簿謄本（履歴事項全部証明書）の「目的」（事業内容）の頁（写）
2. 直近3か年分の決算書（貸借対照表（写）、損益計算書（写））
3. 直近1年分の健康保険料等の領収書（写）
4. 反社会的勢力等の排除に関する誓約書

### 1. 事業所等について

#### (1) 事業所について

名 称	フリガナ
所在地	〒 -
電話番号	
F A X 番号	

#### (2) 事業主について

氏 名	フリガナ
自宅住所	〒 -
電話番号（自宅・携帯）	

#### (3) 連絡先について

担当者名	フリガナ
所属・役職名	
電話番号	(1) に同じ場合は記入不要
E-mail アドレス	

### 2. 事業所の設立及び社会保険の適用について

会社設立年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
社会保険適用年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
管轄の年金事務所名				
厚生年金記号番号	記号（いろは、またはアルファベット等）	番号（5桁数字）		
協会けんぽの記号	（8桁数字）			

## 3. 被保険者・被扶養者及び報酬の状況について

## (1) 被保険者数

被保険者のうち、パート・アルバイトがいる場合は、その人数を再掲として記入してください。

	被保険者数	パート・アルバイト (再掲)	平均標準報酬 (1人あたり)	平均年齢 (小数点以下第1位まで)
男	人	人	円	. 歳
女	人	人	円	. 歳
合計	人	人	円	. 歳

## (2) 被扶養者数

	被扶養者数	平均年齢 (小数点以下第1位まで)
男	人	. 歳
女	人	. 歳
合計	人	. 歳

## (3) 被保険者・被扶養者の年齢分布等

## ア. 被保険者の年齢分布

15～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

## イ. 被扶養者の年齢分布

0～ 4歳	5～ 9歳	10～ 19歳	20～ 29歳	30～ 39歳	40～ 49歳	50～ 59歳	60～ 64歳	65～ 69歳	70～ 74歳	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

## ウ. 被扶養者の続柄別人数分布

配偶者	子	父	母	兄弟	弟妹	義父母	祖父母	甥姪	その他	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

## (4) 被保険者・被扶養者について補足事項があれば記入してください。

.....

.....

.....

.....

4. 賞与の支払い状況について

(1) 直近1年間の賞与支給実績を記入してください。

支給月	支給人数	賞与支給額総額	一人当たり
令和 年 月	人	円	円
令和 年 月	人	円	円
令和 年 月	人	円	円
令和 年 月	人	円	円

(2) 賞与の支給規程

年.....回

支給月.....月・.....月・.....月・.....月

年間賞与月数.....か月分

(3) 賞与について補足事項があれば記入してください。

.....

.....

5. 健康保険料について

(1) 保険料納付実績

直近12か月分の保険料（健康保険料および厚生年金保険料）の納付実績について、該当するものに丸印を付してください。

- ・毎月納付期限内に納付している。
- ・督促状が発行され、納付期限内に納付している月がある。
- ・督促状が発行され、納付期限を経過して納付している月がある。
- ・督促状の納付期限を超え、かつ未納の月がある。

(2) 健康保険料額

直近2か月分の健康保険料額を記入してください。記入の際は厚生年金保険料及び介護保険料を除外してください。

月分	健康保険料額	人数
月分	円	人分
月分	円	人分

(3) 保険料免除対象者数

産前産後休業や育児休業を取得している方の人数等を記入してください。

	人数	平均標準報酬 (1人あたり)
産前産後休業者	人	円
育児休業者	人	円

6. 保険料の納付方法について

原則として、口座振替で納付をお願いしていますが、口座振替の可否について選択してください。  
 なお、「都市銀行」および「第一地方銀行」以外は口座振替できません。あらかじめご了承ください。

口座振替：        可   ・   不可

不可の場合はその理由を記入してください。

.....  
 .....

7. 特定疾病療養受療証の交付を受けている人数について

特定疾病とは、血友病、人工透析を実施している慢性腎不全、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群のことをいいます。該当者がいるときは、人数、種別（性別・年齢）も記入してください。

特定疾病療養受療証対象者の有無：   有   ・   無

(内訳)

被保険者（        人）			
男・女	歳	男・女	歳
男・女	歳	男・女	歳

被扶養者（        人）			
男・女	歳	男・女	歳
男・女	歳	男・女	歳

8. 資本について

貴社が当健康保険組合の適用事業所と親会社または子会社の関係にある場合は、以下を記入してください。

株主名	株式数	出資比率
	株	%
	株	%
	株	%
	株	%
	株	%

9. その他

設問以外になにかあれば記入してください。

.....  
 .....

【送付先・問い合わせ先】  
 〒103-0027  
 東京都中央区日本橋 2-1-14  
 日本橋加藤ビルディング 7階  
 通信機器産業健康保険組合 調査課  
 TEL 03(3242)5302    FAX 03(3242)5303