

確認書

対象者	氏名		生年月日	
-----	----	--	------	--

1 事業所の健康保険適用状況（いずれか1つにチェック）

- 法人又は個人の事業所で、健康保険強制適用事業所であり、健康保険に加入している。→2へ
- 法人又は個人の事業所で、健康保険強制適用事業所であり、健康保険に加入していない。→4へ
- 個人の事業所で、健康保険任意適用事業所であり、健康保険に加入している。→2へ
- 個人の事業所で、健康保険任意適用事業所であり、健康保険に加入していない。

2 対象者の健康保険適用除外理由（いずれか1つ以上にチェック）

- 日々雇用される者で1か月を超えない者である。
- 2か月以内（ 年 月 日 ～ 年 月 日）の短期契約である。
- 4か月以内の季節的業務又は6か月以内の臨時的事業の雇用である。
- 短時間労働者である。【正規従業員の4分の3未満（週 時間及び月 日間）】→3へ
※正規従業員の労働時間数（週 時間及び月 日間）
- 業務委託契約または外交員契約である。
- その他（ ）

3 短時間労働者で、以下の①～⑤までの5つの要件に該当するか否か。

- ① 1週間の所定労働時間が20時間以上である。
- ② 雇用期間が2か月を超えて見込まれる。
- ③ 月額賃金が8.8万円以上である。
- ④ 学生ではない。
- ⑤ 常時100人を超える被保険者を使用する企業（特定適用事業所）である。

- 全てに該当する。※該当する場合は、令和4年10月より健康保険の適用となりました。
- 該当しない要件が1つ以上ある。

4 強制適用事業所であるが、健康保険制度未加入の理由について（いずれか1つ以上にチェック）
次の理由により適用事業所となっておりませんが、早急に届出を行います。

- 事業主として、当事業所が健康保険の強制適用事業所であることを知らなかったため、健康保険の適用事業所となっておりません。
- 当事業所は、健康保険の強制適用事業所ですが、 年 月に事業を開始したばかりで、事業が軌道に乗っていないため、健康保険の適用事業所となっておりません。
- 当事業所は、以前は健康保険に加入していましたが、 年金事務所と相談の上、 年 月に従業員全員の健康保険の資格を喪失しました。

※以下の枠内は必ずご記入ください。

雇用形態等を変更し健康保険適用条件を満たしたとき、又は健康保険の適用事業所として届出を行った場合は、速やかに健康保険に加入させます。また、当人へ速やかに国民健康保険の喪失手続を促します。

令和 年 月 日 事業所所在地

名称

印

担当者氏名

電話