

保険料納入告知額・領収済額通知書

あなたの本月分保険料額は下記のとおりです。

なお、納入告知書を指定の金融機関に送付しましたから、指定振替日(納付期限)前日までに口座残高の確認をお願いします。

事業所整理記号	事業所番号	納付期間		
年	月	年	月	日
健康勘定	厚生年金勘定	子ども・子育て支援勘定	子ども・子育て支援勘定	
健康保険料	厚生年金保険料	子ども・子育て拠出金	子ども・子育て拠出金	
合 計		額		円

下記の金額を指定の金融機関から口座振替により受領しました。

年	月	分	保険料	領収日	年	月	日
健康勘定	厚生年金勘定	子ども・子育て支援勘定	厚生年金勘定	子ども・子育て支援勘定	子ども・子育て支援勘定	子ども・子育て支援勘定	
健康保険料	厚生年金保険料	子ども・子育て拠出金	厚生年金保険料	子ども・子育て拠出金	子ども・子育て拠出金	子ども・子育て拠出金	
合 計		額					円

年 月 日

歳入徴収官

厚生労働省年金局事業管理課
(日本年金機構) 年金課



様

(裏面へつづく)

社会保険料納入証明書

1. 申請者

2. 証明内容

項 目	対 象 期 間	未納の有無

管掌区分	
------	--

上記のとおり相違ないことを証明します。

業者名と一致しているか確認

歳入徴収官
厚生労働省年金局事業管理課



届書コード			届書
6	8	0	

決	裁	年		月	日
所	長	副	所	長	課
					長
					担
					当
					者

社会保険料納入証明申請書

1. 申請者

①事業所整理記号 (船舶所有者整理記号)		②事業所番号 (告知番号)	
郡市区	記号		

2. 申請事由

3. 証明書の請求枚数

枚

4. 証明事項等

③証明対象期間			④出力区分		⑤証明範囲区分		送信
平成	年	月分	一括用のみ	0	保険料のみ	0	
			明細のみ	1			
平成	年	月分	一括用及び明細	2	延滞金含む	1	

※④「出力区分」欄の「明細のみ」及び「一括用及び明細」を選んだ場合の明細の納入証明書には、延滞金の納入額は出力されません。

上記の期間について、納入証明書を発行願います。

平成 年 月 日

事業所所在地
(船舶所有者住所)
事業所名称

事業主氏名
(船舶所有者氏名) 印
電話番号

委任欄

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

受任者氏名
受任者住所
委任者との関係

証明書(②-1)を取得するための申請書(②-2)。申請者が属する年金事務所で、この様式に必要な事項を記載すれば当日発行可。(様式は日本年金機構のHPからダウンロードできる)

参考資料④-1 雇用保険：領収済通知書 (必ず④-2とセットで確認)

④-2の番号と一致しているか確認

何らかの数値が入っていること

領収済通知書 (労働保険) (国庫金) (記入例) ¥0123456789

取扱庁名 兵庫労働局 取扱庁番号 00075483 徴収勘定 保険料収入及び一般拠出金収入 労働保険特別会計 0847 厚生労働省 6118 平成 年 度

労働保険番号 30840 基礎番号 移番号 年次 月 日

※第3頁表面の注意事項をよく読んで、太線の枠内を記入して下さい。

納付の目的

- 平成 年 度 納付 円
- 追加納付... 1 円 2 円
- 平成 年 度 納付 円

納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は成人代理店)、所轄都道府県労働局

労働保険料 円 千 百 十 万 千 百 十 円

徴収額 円 千 百 十 万 千 百 十 円

納付額合計額 円 千 百 十 万 千 百 十 円

あて先 〒650-0044 神戸市中央区東川崎町1丁目1-3 神戸クリスタルタワー15階 兵庫労働局労働保険特別会計歳入徴収官 (官庁送付券)

額収日付印

④-2の額と一致しているか確認

押印があることを確認

参考資料④-2 雇用保険：労働保険概算・確定保険料申告書

(必ず④-1とセットで確認)

④-1の番号と一致しているか確認

様式第6号(第24条、第25条、第33条関係)(甲)(1)(表面)
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
 下記のとおり申告します。

平成 年 月 日
 提出用
 あて先 〒650-0044
 神戸市中央区東川崎町1丁目1-3
 神戸クリスタルタワー15階
 兵庫労働局
 労働保険特別会計歳入徴収官殿

⑦ 確定保険料算定内訳
 算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
 労働保険料 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 労働保険分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 雇用保険法適用者分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 高年齢労働者分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 保険料算定対象者分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 一般拠出金 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円

⑧ 概算・増加概算保険料算定内訳
 算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
 労働保険料 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 労働保険分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 雇用保険法適用者分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 高年齢労働者分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円
 保険料算定対象者分 (イ) 千円 (ロ) 1000分の (ハ) 千円 (ニ) 1000分の (ホ) 千円 (ヘ) 1000分の (ヘ) 千円

⑨ 申告済概算保険料額 円
 ⑩ 申告済概算保険料額 円
 ⑪ 増加概算保険料額 円
 ⑫ 増加概算保険料額 円

⑬ 期別納付額
 第1期 (イ) 概算保険料額 (ロ) 労働保険料充当額 (ハ) 不足額 (ニ) 今期労働保険料 (ホ) 一般拠出金充当額 (ヘ) 一般拠出金額 (ト) 今期納付額 (イ)+(ホ)
 第2期 (イ) 概算保険料額 (ロ) 労働保険料充当額 (ハ) 第2期納付額 (ニ) 労働保険料 (ホ) 労働保険料充当額 (ヘ) 労働保険料 (ト) 第2期納付額 (イ)+(ホ)
 第3期 (イ) 概算保険料額 (ロ) 労働保険料充当額 (ハ) 第3期納付額 (ニ) 労働保険料 (ホ) 労働保険料充当額 (ヘ) 労働保険料 (ト) 第3期納付額 (イ)+(ホ)

⑭ 加入している労働保険 (イ) 労働保険 (ロ) 雇用保険 (イ) 該当する (ロ) 該当しない
 ⑮ 特掲事業 (イ) 該当する (ロ) 該当しない
 ⑯ 事業又は作業の種類 (イ) 住所 (ロ) 名称 (ハ) 氏名
 ⑰ 事業関係成立年月日 (イ) 業種 (ロ) 業種 (ハ) 業種 (ニ) 業種 (ホ) 業種 (ト) 業種
 ⑱ 事業廃止等理由 (イ) 廃止 (ロ) 委託 (ハ) 委託 (ニ) 委託 (ホ) 委託 (ト) 委託

⑲ 所在地 (イ) 所在地 (ロ) 名称
 ⑳ 業主 (イ) 住所 (ロ) 名称 (ハ) 氏名

前年度に実績がなければ数値は入らない

何らかの数値が入っていること

④-1と照合

④-1業者名と一致しているか確認

※当申告書等がない場合は、労働局の納付証明書でも可

参考資料⑤-1 雇用保険 雇用保険被保険者資格取得等通知書(事業主通知用)

様式第4号(第1面) **雇用保険被保険者 資格喪失届 氏名変更届** 標準字体 **0123456789**
 (必ず第2面の注意事項を読んだから記載してください。)

※ 帳票種別 **1310** 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 _____

4.離職年月日 **4-1-1** 5.喪失原因 **1** 6.離職届交付希望 **1** 7.1週間の所定労働時間 _____ 8.補充採用予定の有無 _____

9.新氏名 _____ フリガナ(カタカナ) _____

10.個人番号 _____ 11.喪失時被保険者種類 **3** 12.国籍・地域コード _____ 13.在留資格コード _____

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種類	経動年月日	資格喪失所番号	雇用形態
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間	事業所名略称		被保険者の住所又は居所			
被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日						

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。

平成 年 月 日

住 所 _____ 記名押印又は署名 _____ 印 _____

事 業 主 氏 名 _____ 印 _____

電 話 番 号 _____ 公共職業安定所長 殿

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者	社会保険 労働士 記載欄	氏 名	電話番号

2017. 1

<キリトリ>

雇用保険被保険者 通知書 (事業主通知用)

確認(受理)通知年月日 _____ 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** 生年月日(元号一年月日) _____ 取得時被保険者種類 _____ 経動の年月日 _____

事業所名略称 _____

公共職業安定所 所長印

2017. 1

業者名と一致しているか確認

雇用保険被保険者 (被保険者通知用) 通知書

確認(受理)通知年月日 _____ 取得時 被保険者種類 _____

被保険者番号 _____ 資格取得年月日 _____ 生年月日(元号一年月日) _____

被保険者氏名 _____ 事業所名略称 _____ 経動の年月日 _____

2017. 1

雇用保険被保険者証

被保険者番号 _____ 生年月日(元号一年月日) _____

被保険者氏名 _____

公共職業安定所 所長印

2017. 1

事業主が被保険者に渡すため無い場合がある

参考資料⑤-2 労働保険料等納入通知書(事業主控)/労働保険料等領収書(控え)

事務組合が雇用保険の手続きを行った場合

組様式第7号(甲) **労働保険料等納入通知書** (事業主控)

労働保険 番号	府県	所 管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
------------	----	-------------	------------------	-------------

住所
委託事業主の
氏名 殿

金 万 千 百 十 円

上記金額を労働保険料第 期分及び一般拠出金として平成 年 月 日までに当事務組合に納入してください。
平成 年 月 日

所在地
労働保険の
事務組合 名称 記名押印又は署名

算定方法

平成 年度 確定			平成 年度 概算		
賃金総額	料率	確定保険料	賃金総額	料率	概算保険料
千円		円	千円		円
労 災	1.000		労 災	1.000	
特 別 加 入	1.000		特 別 加 入	1.000	
雇 用	1.000		雇 用	1.000	
合 計		①	合 計		⑥
申告済概算保険料		②	区 分	概算保険料額	各期納付額
差 引 額	充 当 額	③(②-①)	全 期	⑦(⑥:3)	⑧(⑦-③)又は⑦+⑥) 円
	還 付 額	④(②-①)又は②-①-③)	第1期	⑨(⑥÷3)	⑩
	不 足 額	⑤(①-②)	第2期	⑪(⑥÷3)	⑫
賃 金 総 額		料 率	一 般 拠 出 金 額		
一 般 拠 出 金		千円	円		
		1.000			

(注) ※については、労災保険に係る賃金総額と同額を記入して下さい。ただし、平成19年3月31日以前に成立した有期事業は、一般拠出金算定対象とはなりませんので、当該有期事業分を差し引いた賃金総額を記入して下さい。

(29.1)

領収書と額が一致するか確認する

分納した場合は、複数枚になる

組様式第8号 **労働保険料等領収書(控え)**

労働保険 番号	府県	所 管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
------------	----	-------------	------------------	-------------

住所
委託事業主の
氏名 殿

金 万 千 百 十 円

上記の金額を受領しました。

種 別	納 入 金 額	摘 要
労 災 保 険 料		
特 別 加 入 保 険 料		
雇 用 保 険 料		
延 滞 金		
一 般 拠 出 金		
延 滞 金		
計		

領収年月日 平成 年 月 日
労働保険事務組合の
名 称
所在地
代表者

(29.1)

参考

厚生労働省：労働保険適用事業場検索サイト

雇用保険の適用状況を確認することができるサイト http://chosyu-web.mhlw.go.jp/LIC_D

労働保険適用事業場検索

外字については現在のところ表示されませんのでご了承ください。
毎月末時点の情報を翌月第1開庁日に更新します。そのため、変更等の届出が検索結果に反映されるまで時間がかかる場合がありますのでご了承ください。また、毎月第1開庁日の午前9時から

都道府県（必須選択）	28 兵庫県 ▼
検索方法	<input checked="" type="radio"/> 漢字で検索する <input type="radio"/> カナで検索する
事業主名（全角入力）	<input type="text"/>
法人番号（半角数字入力）	<input type="text"/>
所在地（全角入力）	<input type="text"/>

(*事業主名、法人番号、所在地のいずれか一つの項目に必ず入力してください。)

検索実行

設定クリア

「労働保険適用事業場検索サイト」検索画面