

(参考1)

発第 号  
平成 年 月 日

○○○○ 株式会社  
事 業 主 様

○ ○ 社会保険事務所長 印

社会保険調査官による健康保険及び厚生年金保険被保険者  
の資格及び報酬等の調査の実施について

謹啓 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より社会保険事業の運営につきまして、格段のご協力を賜り厚くお礼を申  
し上げます。

この度、貴事業所の従業員にかかる健康保険及び厚生年金保険の被保険者資格  
及び報酬等について調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、業務ご多忙のところ誠にお手数と存じますが、下記により来所  
していただきますようご協力をお願い申し上げます。

記

1 日 時 平成 年 月 日

午前・午後 時 分

指定の日時に来所できない場合は、事前にご連絡いただきますようお願いい  
たします。

2 調査会場 社会保険事務所  
階会議室

3 調査対象者

社会保険の適用の有無や雇用形態に関わらず、平成 年 月 日現在在職している全  
従業員（パート・アルバイト等の短時間就労者を含みます。）が調査の対象となります。

4 当日持参していただくもの

- (1) 労働者名簿、雇用契約書
- (2) 源泉所得税領収証書、個人別所得税源泉徴収簿
- (3) 賃金台帳、賃金支給明細書、給与振込明細書
- (4) 出勤簿又はタイムカード
- (5) 被保険者資格取得届、算定基礎届、月額変更届、賞与支払届の控

※ 上記のものについては、平成 年 月から現在までのものをご持参下さい。

- (6) 就業規則（労働協約）及び給与規則
- (7) 事業所名、所在地のゴム印及び社印、代表者印（持ち出し可能な場合）

5 来所の際は、本通知をご持参下さい。

なお、本調査は、健康保険及び厚生年金保険への加入状況等にかかる調査ですので、できる限り事業主ご本人の来所をお願いいたしますが、ご都合のつかない場合は代理人または事務担当者の方が来所されても結構です。

6 今回の調査は、健康保険法第198条第1項、厚生年金保険法第100条第1項に基づき行うものです。

ご不明な点がございましたら当所社会保険調査官までご連絡下さい。

担当調査官名 (電話 )