

(参考2)

発第 号
平成 年 月 日

〇〇〇〇 株式会社
事業主様

〇 〇 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係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、業務多忙のことと存じますが、下記により社会保険調査官が貴事業所に出張のうえ調査及び検査を実施させていただきますので、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 分より

ご都合のつかない場合は、事前にご連絡いただきますようお願いいたします。

2 場 所 貴事業所内会議室等
(資料の閲覧が可能な場所であれば何処でも結構です。)

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。）
が対象となります。

なお、本社等で給与等を一括管理している場合は、支社・支店・営業所等の出先を含めた全従業員が対象となります。

4 当日用意していただくもの

- (1) 会社概要（既存のパンフレット等）
- (2) 労働者名簿、雇用契約書
- (3) 源泉所得税領収証書、個人別所得税源泉徴収簿
- (4) 賃金台帳、賃金支給明細書、給与振込明細書
- (5) 出勤簿又はタイムカード
- (6) 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用意下さい。
- (7) 就業規則（労働協約）及び給与規定
- (8) 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 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立ち会いをお願いいたしますが、ご都合のつかない場合は事務担当者の方のみの対応でも結構です。

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 ）