（別紙様式１）

令和　　年　　月　　日

労働保険特別会計　歳入徴収官　石川労働局長　殿

労働保険番号　　　－　－　　－　　　　　－

所在地

名称

事業主名

担当者職氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**労働保険料算定基礎調査（認定決定）申立書**

先般、労働保険の保険料を申告・納付した際、下記理由により誤って申告・納付しましたので、添付書類により標記調査の実施をお願いします。

記

１　対象となる保険年度　　　　　　　年度確定分※

※雇用保険の資格取得・喪失は確認日から原則として最大２年間遡及となりますが、保険料の申告は年度単位であるため、資格取得・喪失日以前から要件を満たす場合には２年度前当初（４月）から又は申立日によっては最大３年度分の保険料を徴収・還付することとなります。

２　理　　由（該当番号に✓を付ける）

□ 雇用保険被保険者　資格取得対象者の氏名及び資格取得（喪失）年月日を（具体的理由）欄に

□ 雇用保険被保険者　資格喪失　　　記入してください。

□ 労災保険適用外（事業主・役員・同居の親族等）者を誤算入

□ 労災保険・雇用保険　適用労働者の算入漏れ

□ 労災保険適用業種（保険料率）の誤り

□ 賃金額集計誤り

□ その他

（具体的理由）

３　添付書類（保険料算定資料として必ず添付すること。）

（１）**確定保険料・一般拠出金算定基礎賃金集計表**（当初申告分と修正後のもの）

（２）**修正理由が確認できる資料**

　　　例：賃金台帳又は給与明細・・・対象者の賃金額確認のため

雇用保険被保険者資格取得等通知書・・・雇用保険資格取得手続確認のため

雇用保険被保険者資格喪失確認通知書・・・雇用保険資格喪失手続確認のため

登記簿謄本等・・・役員就任等の事実確認のため

事業概要等・・・適用業種の確認のため

（３）**労働保険料還付請求書**（還付が生じる場合）

　　**※状況に応じて呼出又は訪問調査を行うことがあります。**