（別紙様式４）未加入事業場用

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

所在地

名称

事業主名

担当者職氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

日中の連絡先（携帯電話等）　　　　　－　　　　－

**労働保険料算定基礎調査（認定決定）申立書**

今般、労働保険が未加入であったことが判明し、遡及して加入を行いたいため、労働保険料の算定基礎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※１

※１　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することとなります。

また、決定した労働保険料・一般拠出金に対しては10％の追徴金が課され、併せて徴収することとなります。

２　対象者について

　　労災保険対象者※２　　　　　名、雇用保険対象者※３　　　　　名（月平均）

※２　労災保険対象者は、常用、パート、アルバイト、派遣等、その名称や雇用形態にかかわらず、労働の対価として賃金を受けるすべての方が対象となります。

※３　雇用保険対象者は、常用、パート、アルバイト、派遣等、その名称や雇用形態にかかわらず、1週間の所定労働時間が20時間以上であり、31日以上の雇用見込みがある場合には原則として被保険者となります。

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**（年度別に作成してください。）

（２）**集計表作成の基となった資料**

　　　例：賃金台帳等賃金額が確認できる資料

出勤簿等勤務時間が確認できる資料

　　**※必要に応じて追加で元帳等の資料の提示を依頼することもあります。**