

事業所 番号	
-----------	--

健康保険印紙購入通帳

交付年月日 平成 年 月 日

事業所 名称

所在地

事業主 氏名

印

交付年金事務所名

印

購入年月日	印紙の種類	購入枚数	金額	健康保険印紙販売 機関名及び取扱者印
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	印
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	印
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	印
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	印
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	印
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	

(二ページから五ページまで)

購入年月日	印紙の種類	購入枚数	金額	健康保険印紙販売 機関名及び取扱者印
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	㊟
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	㊟
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	
平成 年 月 日	級 (円)	枚	円	㊟
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	
買戻請求理由	印紙の種類	買戻請求枚数	金額	買戻の請求理由は、健康保 険法施行規則に該当するこ とを確認します。
の理由に より右の印紙の買 戻を請求します。 平成 年 月 日 事業主 氏名 ㊟	級 (円)	枚	円	平成 年 月 日 年金事務所長 氏名 ㊟
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	級 (円)	枚	円	
	計	枚	円	

(裏表紙)

注 意 事 項

- 1 事業主は、健康保険印紙を購入する際には、この通帳の該当欄に、購入する印紙の種類、枚数、金額及び購入年月日を記入し、健康保険印紙販売郵便局に提出してください。
- 2 事業主は、その保有する印紙の買戻しを請求しようとするときは、あらかじめ年金事務所長の確認を受け、健康保険印紙販売機関に申し出てください。
- 3 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は必要ありません。
- 4 事業主は、事務所ごとに日雇特例被保険者の保険料納付（健康保険印紙のはり付け及び現金による保険料の納付）に関する帳簿を備え付け、保険料納付のつど、記帳しなければなりません。
- 5 事業主は、一月間の保険料納付の状況を翌月末日までに年金事務所長に所定の様式により報告しなければなりません。また、健康保険組合に加入している事業主は、併せてその健康保険組合に報告しなければなりません。

備考 この通帳の大きさは、B列6番とする。