社会保険等適用除外申出書

上士幌町長　竹　中　　貢　　様

　次の理由により、社会保険又は雇用保険の届出義務のないことを申し出ます。

　また、上記の申出の内容を確認するため、他の官公署等に照会を行うことについて承諾します。

【社会保険】

　　□健康保険　　　□厚生年金保険

　１　従業員５人未満の個人事業所であるため

　２　従業員５人以上であっても、強制適用事業所となる業種でない個人事業所のため

　３　その他

　注１　届出義務のない保険の種類をチェックし、該当する番号を○で囲んで下さい。

　　２　その他を選択した場合は、関係機関に問い合わせを行った上でその理由を記載すること。

　　　　（例）○○年金事務所に確認し、△△により適用除外となる。

【雇用保険】

　１　役員のみの法人であるため

　２　その他

　注１　該当する番号を○で囲んで下さい。

　　２　その他を選択した場合は、関係機関に問い合わせを行った上でその理由を記載すること。

　　　　（例）ハローワーク○○に確認し、△△により適用除外となる。

令和　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

代表者