社会保険等適用除外申出書

平成　　年　　月　　日

木古内町長　大森　伊佐緒　様

申請者　所　　在　　地

商号または名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　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、申し出の内容を確認するため、木古内町が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、該当する番号を〇で囲むこと。

　　　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)〇〇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該当する番号を〇で囲むこと。

　　　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)〇〇ハローワークに確認し、△△により適用除外となる。