

社会保険等適用除外申出書

北 海 道 知 事 様

次の理由により、社会保又は雇用保険の届出義務のないこと申し出ます。
また、上記の申出の内容を確認するため、北海道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○印で囲んでください。
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 役員だけの法人であるため
- 2 その他

- 注1 該当する番号を○印で囲んでください。
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