別記第 20 号様式

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◯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）◯◯ハローワークに確認し、△△により適用除外となる。

　　年　　 月 　　日

 所在地

 商号又は名称

 代表者