

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○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