**社会保険等適用除外申出書**

**北海道立羽幌病院長　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**