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　役員のみの法人であるため
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