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、上記の申出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○印で囲んで下さい。

　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○印で囲んで下さい。

　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