

社会保険等適用除外申出書

地方職員共済組合北海道支部

支部長 鈴木 直道 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、上記の申出の内容を確認するため、地方職員共済組合北海道支部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 役員だけの法人であるため
- 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

印