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　　　　　　　　　　　　　　　　印