

年 月 日

(元請負人) 様

住 所
商号又は名称
代表者

社会保険等の適用除外に関する申告書

当社が社会保険等の適用除外事業所となっていることについて、次のとおり申告します。

| 適用除外の保険 | 適用除外の理由 |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 雇用保険 | <input type="checkbox"/> 労働者を1人も雇用していないため |
| | <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載すること。） |
| <input type="checkbox"/> 健康保険 | <input type="checkbox"/> 個人事業主であって、常時使用する従業員の数が5人未満であるため |
| | <input type="checkbox"/> 建設国保等の国民健康保険組合に加入し、健康保険に係る適用除外の承認を年金事務所から受けているため |
| | <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載すること。） |
| <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 | <input type="checkbox"/> 個人事業主であって、常時使用する従業員の数が5人未満であるため |
| | <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載すること。） |

※ 元請負人は、必要に応じて労働者名簿の提示を求めて常時雇用する従業員の状況を確認するなど、記載内容の事実確認に努めること。