

社会保険に関する報告書

年 月 日

堺 市 長 殿

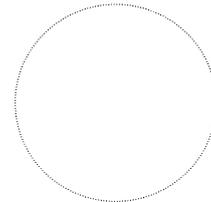
本店

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

実印



社会保険（雇用保険、健康保険及び厚生年金保険）のうち、法令で適用除外とされているものがあるため、下記のとおり報告します。なお、本書の内容に虚偽が判明した場合は、登録の取消しを含め、いかなる措置を受けたとしても異議を申し立てません。

記

本申請の審査基準日（申請期間の末日）において、次の保険が、法令で適用除外とされています。

<input type="checkbox"/> 雇用保険	<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険
(理由)		
(保険担当機関に確認した場合は、ご記入ください。)		
年 月 日に保険担当機関（ ）に 上記理由により加入義務がないことを確認しました。		

<input type="checkbox"/> 雇用保険	<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険
(理由)		
(保険担当機関に確認した場合は、ご記入ください。)		
年 月 日に保険担当機関（ ）に 上記理由により加入義務がないことを確認しました。		