

電子登録システムで電子申請をした日付を記入してください

社会保険に関する報告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

堺 市 長 殿

本店の所在地、商号又は名称、代表者職氏名を記入してください
※登記簿上の本店の所在地と許可・登録上の本店の所在地が異なる場合や代表者を複数名置いている場合は、許可・登録上の本店の所在地、代表者氏名を記入してください

所 在 地 堺市堺区〇〇町2丁2番2号

商号又は名称 〇×組

代表者職氏名 代表者 堺 太郎

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。

☐ 雇用保険

☒ 健康保険

☒ 厚生年金保険

（理由）当社は、従業員を3名しか雇用していない個人事業所であり、加入義務がないため

確認日を記入してください

（保険担当機関に確認した場合は、ご記入ください。）

令和〇〇年〇〇月〇〇日に保険担当機関（ 〇〇年金事務所A氏 ）に

上記理由により加入義務がないことを確認しました。

☐ 雇用保険

☐ 健康保険

☐ 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。