令和　　年　　月　　日

社会保険等の加入義務がないことの届出書

上松町長　大屋　誠　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　次の理由により、健康保険・厚生年金保険及び雇用保険の加入義務がないことを届け出ます。

　１　健康保険・厚生年金保険

　　　　□　従業員５人未満の個人事業所であるため

　　　　□　その他（理由を記入）

|  |
| --- |
| （理由）  ※年金事務所等に確認した場合は、以下も記入してください。  　　令和　年　月　日に関係機関「　　　　　　　　　　　　　　　」に、  　上記理由により加入義務がないことを確認しました。 |

　２　雇用保険

　　　　□　従業員がいないため

　　　　□　その他（理由を記入）

|  |
| --- |
| （理由）  ※労働局等に確認した場合は、以下も記入してください。  　　令和　年　月　日に関係機関「　　　　　　　　　　　　　　　」に、  　上記理由により加入義務がないことを確認しました。 |

　※該当する項目の□にレ点を付けてください。

　※関係機関に問い合わせる場合がありますのでご承知おきください。