

社会保険加入状況に係る申告調書

年 月 日

田 村 市 長

申請者

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

実印

当社の社会保険加入状況について、下記のとおり申告します。
 なお、この申告調書の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1 健康保険について

届出済み	届出なし	適用除外	国民健康保険組合名

[適用除外の理由]

- 1 従業員が 5 人未満の個人事業所
- 2 適用除外の承認を受けて国民健康保険組合に加入
- 3 その他

理由

2 厚生年金保険について

届出済み	届出なし	適用除外

[適用除外の理由]

- 1 従業員が 5 人未満の個人事業所
- 2 その他

理由

3 雇用保険について

届出済み	届出なし	適用除外

[適用除外の理由]

- 1 事業主等のみの事業所
- 2 その他

理由

注 1 それぞれの項目について、年金事務所等や公共職業安定所への届出を行っている場合は「届出済み」、届出を行っていない場合は「届出なし」、適用が除外される場合は「適用除外」の欄に○を付けてください。

注 2 「適用除外」の場合は、その理由に該当するものの番号を○で囲んでください。「その他」の場合は理由を具体的に記入してください。

注 3 健康保険の項目について、適用除外の承認を受けて国民健康保険組合に加入している場合は、国民健康保険組合名を記入してください。