

社会保険の適用事業所ではない ことの申出書

令和 年 月 日

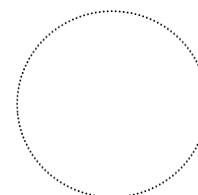
岡山市長様

〒 -

本社所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____



(実印)

下記のとおり、社会保険の適用事業所ではないことを申し出ます。
なお、この申出書の記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

理由	<input type="checkbox"/> 事業開始時から
	<input type="checkbox"/> 年 月 日から ※いつの時点から適用事業所ではないか記入してください。
以上の理由により、現在は社会保険の適用事業所ではありません。	
令和 年 月 日 , 関係機関(_____), 担当者(_____)氏に上記内容について確認しました。	

注)1 この申出書は、市内業者のうち、法人及び職員数5人以上の個人業者の方で、健康保険又は厚生年金保険の加入義務がない方のみ提出してください。

2 審査時に疑義が生じた場合、関係機関への問い合わせや、追加書類の提出を求められることがあります。