様式２

社会保険等適用除外誓約書

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

商号又は名称

代表者氏名

下記の理由により、私（当社）は健康保険、厚生年金保険又は雇用保険の届出の義務を有する者には該当しません。

　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、一切の異議を申し立てません。

　以上のことについて、誓約します。

記

（健康保険・厚生年金保険）

　常時使用される者が5人未満の個人事業所であるため。

　法人事業所又は常時使用される者が5人以上の個人事業所ではあるが、強制適用事業所でない事業所であるため。

　その他の理由

|  |
| --- |
|  |

「その他の理由」を選択した場合の記載例

○年○月○日、関係機関（○○年金事務所○○課）に問い合わせを行い判断しました。

（雇用保険）

　個人事業の事業主または（雇用保険に加入できない）役員のみのため。

　個人事業の事業主（実質的に代表者の個人事業と同様と認められる法人を含む）と同居の親族のみのため。

　その他の理由

|  |
| --- |
|  |

「その他の理由」を選択した場合の記載例

○年○月○日、関係機関（ハローワーク○○　○○課）に問い合わせを行い判断しました。