

社会保険等適用除外誓約書

平成 年 月 日

奈良県知事 荒井 正吾 殿

商号又は名称

代表者氏名

印

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、異議は一切申し立てません。

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）

- ☐ 従業員 5 人未満の個人事業所であるため。
- ☐ 従業員 5 人以上であっても、強制適用事業所となる業種でない個人事業所であるため。
- ☐ その他の理由

「その他の理由」を選択した場合の記載例

平成〇年〇月〇日、関係機関（〇〇年金事務所〇〇課）に問い合わせを行い確認しました。

（雇用保険）

- ☐ 役員のための法人であるため。
- ☐ その他の理由

「その他の理由」を選択した場合の記載例

平成〇年〇月〇日、関係機関（ハローワーク〇〇 〇〇課）に問い合わせを行い確認しました。