**社会保険等加入状況に係る申告調書**

　　年　　月　　日

 　住所・所在地

申 請 者 商号又は名称

代表者職氏名

当社の社会保険等加入状況について、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。