様式４－２

社会保険適用除外誓約書

　　年　　月　　日

五條市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　下記の理由により、当社（私）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・厚生年金保険が適用除外となる理由)

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

　　令和○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。

(雇用保険が適用除外となる理由)

役員のみの法人であるため。

その他の理由

　「その他の理由」を選択した場合の記載例

　　令和○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。