様式第４号（第９条関係）

社会保険加入状況申告書

年　　月　　日

会津美里町長

申請者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

当社の社会保険加入状況について、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　従業員が５人未満の個人事業所

２　その他　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※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」の欄に〇を付けてください。

※2　「適用除外」の場合は、その理由に該当するものの番号を〇で囲んで下さい。「その他」の場合は理由を具体的に記入して下さい。

※3　健康保険の項目については、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。