

(第 1-2 号様式)

令和 年 月 日

社会保険に加入義務がことについての申出書

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター院長殿

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名印

社会保険に加入義務がない理由は、下記のとおりです。

記

1 労働保険に加入義務がない理由

(該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください)

- ☐ 従業員がいないため(個人事業主で、事業主しかいない場合、または法人で取締役のみの事業所で構成される場合、等)
- ☐ 出向者のみで構成されており。出向元で加入しているため。
- ☐ その他(理由を枠内に記入してください)

※ 従業員を1人以上使用しているすべての事業所に加入義務があります。

(詳細は、労災保険関係についてはお近くの労働基準監督署、雇用保険関係や被保険者となるかのお問い合わせ等についてはお近くの公共職業安定所までご確認ください)

2 健康保険及び厚生保険に加入義務のない理由

(該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください)

- ☐ 常時使用する従業員が5人未満の個人の事業所のため
- ☐ 出向者のみで構成されており。出向元で加入しているため。
- ☐ その他(理由を枠内に記入してください)

※ 法人の事業所の場合、または個人の事業所で常時5人以上の従業員を使用している場合は加入義務があります。(詳細は、労災保険関係についてはお近くの年金事務所までご確認ください)