社会保険に関する誓約書

一　私又は当社は、本書の提出日において、次の保険に加入しています。

（※該当する保険をマークしてください。）

□雇用保険　　□健康保険　　□厚生年金保険

二　私又は当社は、本書の提出日において、次の保険が適用除外とされています。

（※該当する保険をマークしてください。）

□雇用保険　　□健康保険　　□厚生年金保険

三　適用除外である理由は、次のとおりです。

（※該当するものにマークし、必要事項を記載してください。）

□従業員規模等による（従業員　人）

□国民健康保険組合への加入による

□その他（理由を記載してください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

上記事項について誓約します。なお、本書に記載した事項と事実が相違するときは、いかなる措置を受けても異議ありません。

(あて先)

寝　屋　川　市

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　（本社又は本店）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | :　 |
| 商号又は名称 | :　 |
| 代表者役職 | :　 |
| 代表者氏名 | :(署名) ※自署しない場合は、記名押印（実印）してください。 |
| 代表者生年月日 | :　　　　　　　年　　月　　日 生 |