

※本書は、経営規模等評価申請時に未加入の社会保険があった
(経審通知書の社会保険欄に「無」の表記がある)が、その後、当該
社会保険が適用除外となった場合のみ、提出してください。

様式 14

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

自らが「適用除外」に該当するかどうかを確認しようとするときは、健康保険及び厚生年金保険については日本年金機構(年金事務所)に、雇用保険については厚生労働省(公共職業安定所)にお問い合わせください。

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 3 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

支店・営業所等での登録の場合も、誓約者は
本社又は本店の代表者となります。

令和 8 年 10 月 1 日

(本社又は本店)

代表者が自署しない場合は、
記名の上実印を押印してください。

番地表記を他書類と
統一してください。

所在地: 大阪市中心区〇〇町〇丁目〇番〇号

商号又は名称: 株式会社寝屋川工業

代表者役職: 代表取締役

個人の方は“代表者”と
ご記入ください。

代表者氏名:(署名) 寝屋川 太郎

※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: 昭和56年 12月 25日 生

実印