

## 社会保険等(雇用保険、健康保険及び厚生年金保険)の 適用を受けないことの申立書

令和 8 度の競争入札参加資格申請をするにあたり、下記のとおり申し出ます。  
また、記載の内容について事実と相違ないことを誓約します。

### 記

(該当する□欄に、レ印を入れてください。)

#### 〔雇用保険〕

- ☐ 役員のための法人であるため。
- ☐ 使用する労働者の全てが 6 5 歳に達した日以後において新たに雇用したものであるため。
- ☐ その他

(理由)

#### 〔健康保険及び厚生年金保険〕

- ☐ 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

(理由)

令和 年 月 日

十和田地域広域事務組合管理者 様

〒

本 社 所 在 地

(申請者) 商号または名称

代 表 者 職 氏 名

印