

技 術 職 員 名 簿

会社名 : _____

氏 名	生年月日	最終学歴		法令による免許等		実務経験 年 数	資格者証交付番号
		学校名	専攻学科	資格の名称	取得年月日		

注) 名簿には、本店または委任を受けた支店・営業所の職員のみ記入すること。

[金額單位：千元]

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

令和 年 月 日

平 川 市 長 様

住 所

申 請 者 商号又は名称

代表者職氏名

実印

令和 年度の建設工事における有資格者名簿への登録にあたり、下記のとおり申し出ます。また、この申立書の記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

〔健康保険・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。
- ☐ その他の理由

〔雇用保険〕

- ☐ 役員だけの法人であるため。
- ☐ 使用する労働者の全てが65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。
- ☐ その他の理由

※ 健康保険、厚生年金保険及び雇用保険の適用を受けない事業所は、この申立書を提出してください。ただし、「経営規模等評価結果通知書・総合評定値通知書」の当該保険の加入の有無の欄に「除外」と記載されている場合は、この申立書の提出は不要です。