

「健康保険被保険者適用除外承認申請書」不要理由書

当事業所の _____ 氏は、下記事由のため全国健康保険協会（協会けんぽ）の被保険者になりません。

記

(事由該当番号に○を付し、必要事項を記入してください。)

1. 当事業所は健康保険の適用事業所ではない。
2. 当事業所は健康保険の適用事業所であるが、勤務者の勤務時間及び日数は下記に記載のとおり正職員の4分の3未満であり、短時間労働者の健康保険適用要件（※）にもあてはまらない。

◎正職員 1週の所定労働時間 _____ 時間 ・ 1か月の所定労働日数 _____ 日

◎(_____)氏

1週の所定労働時間 _____ 時間 ・ 1か月の所定労働日数 _____ 日

※短時間労働者の健康保険適用要件（1～5の要件を全て満たす方）

- 1) 1週間の所定労働時間が20時間以上である。
- 2) 雇用期間が継続して2カ月を超えることが見込まれる。
- 3) 月額賃金が88,000円以上である。
- 4) 学生でない。(休学中や夜間、定時制を除く。)
- 5) 以下の①②のいずれかに該当する。
 - ①従業員数が51人以上
 - ②従業員数が50人以下で社会保険に加入することについて労使で合意がなされている。

3. その他の理由

以上のとおり相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業主

事業所名

所在地

代表者氏名

⑨