様式第１０号

**健康保険、厚生年金保険および雇用保険の被保険者の届出日が　　　　　　　　　　　　　　　　　　審査基準日前2年間に満たない旨の理由書**

　　　年　　月　　日

福井県知事　　様

所在地

商号または名称

　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

次のとおり、健康保険、厚生年金保険および雇用保険の加入において、被保険者の届出日から競争入札参加資格審査の審査基準日までの期間が2年に満たない旨の理由書を提出します。

（健康保険）

□従業員５人未満の個人事業所であったため。

□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ったため。

□その他の理由

|  |
| --- |
|  |

（厚生年金保険）

□従業員５人未満の個人事業所であったため。

□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ったため。

□その他の理由

|  |
| --- |
|  |

（雇用保険）

□暫定任意適用事業に該当する個人事業主であったため。

□労働者を一人も雇用していなかったため。

□その他の理由

|  |
| --- |
|  |