

社会保険等未加入状況報告書

(発注者名) 様

所在地

商号又は名称

代表者名

印

次のとおり、社会保険等未加入建設業者がありますので、報告します。

なお、社会保険等未加入者建設業者に対し、社会保険等に未加入である旨を、柏原市が社会保険等担当機関に通報することについて、周知しています。

工事名	
契約日	令和 年 月 日

社会保険等未加入建設業者

商号又は名称	
所在地	
代表者名	
電話番号	
未加入保険の種別	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険
備考	

- あて名は発注者名を記入してください。病院事業管理者の権限に属する契約にあつては、「柏原市病院事業管理者」と、その他の契約については、「柏原市長」となります。
- 社会保険等未加入建設業者をやむを得ず下請負人（受注者が直接契約する下請契約に限る。）とするときは、施工体制台帳等提出時に本様式において報告し、指定期間内（未加入の旨を報告した日から30日以内。ただし、契約期間内とする。以下同じ。）に加入するよう指導してください。また、指定期間内に加入確認ができなければ、社会保険等担当機関に柏原市が通報することも周知してください。
- 指定期間内に社会保険等未加入建設業者の社会保険等の加入状況を報告してください。