

下請負人の社会保険等加入状況報告書

(発注者名) 様

所在地
商号又は名称
代表者名

印

下請負人の社会保険等の加入状況について、下記のとおり報告します。

記

下請負人の商号又は名称		
加入すべき社会保険等の加入状況		
<input type="checkbox"/> 雇用保険（ 加入 ・ 適用除外 ・ 未加入 ）		
<input type="checkbox"/> 健康保険（ 加入 ・ 適用除外 ・ 未加入 ）		
<input type="checkbox"/> 厚生年金保険（ 加入 ・ 適用除外 ・ 未加入 ）		
確認書類	健康保険	<input type="checkbox"/> 「領収証書」 <input type="checkbox"/> 「社会保険料納入証明（申請）書」 <input type="checkbox"/> 「資格取得確認および標準報酬決定通知書」
	厚生年金保険	<input type="checkbox"/> 「経営規模等評価結果通知書／総合評定値通知書」印刷帳票 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	雇用保険	<input type="checkbox"/> 「領収済通知書」及び「労働保険概算・確定保険料申告書」 <input type="checkbox"/> 「雇用保険被保険者資格取得等通知書（事業主通知用）」 <input type="checkbox"/> 「経営規模等評価結果通知書／総合評定値通知書」印刷帳票 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※社会保険等の加入状況を確認した書類を添付してください。

※社会保険等未加入建設業者を下請負人（受注者が直接契約する下請契約に限る。）とした場合は、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。）に本様式により加入状況を報告してください。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します。