様式２

**社会保険等未加入状況報告書**

令和　　年　　月　　日

（事業所管所属長名）様

受注者　所在地

　　　　商号又は名称

　　　　代表者氏名

次の工事について、下請負人のうち、雇用保険、健康保険及び厚生年金保険の一部又は全部に、建設事業者として未加入の者がありますので、次のとおり報告します。

なお、本書に記載する下請負人に対し、当該下請負人が社会保険等に未加入である旨を、大阪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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 工事名 |  |
| 工　期 |  |
| 工事場所 |  |
| 未加入者 | 別紙のとおり |

別紙

**社会保険等未加入状況報告書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 商号又は名称 | 商号又は名称  フリガナ（全角） | 営業所名 | 代表者名 | 所在地 | 電話番号 | 未加入保険の種別  未加入のものを  ○で囲む | 備考 |
| １ |  |  |  |  |  |  | 雇用保険  健康保険  厚生年金保険 |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  | 雇用保険  健康保険  厚生年金保険 |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  | 雇用保険  健康保険  厚生年金保険 |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  | 雇用保険  健康保険  厚生年金保険 |  |

※商号又は名称については、法人の場合、（株）、（有）等の法人の種別を必ず記入してください。

○　受注者

○　工事名称

○　工　　期