

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

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 _____