社会保険未加入状況報告書

令和　　年　　月　　日

交 野 市 長 様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地  |  |  |
|  |  |  |
| 受注者　商号又は名称 |  | 印 |
|  |  |  |
| 代表者氏名 |  |  |

下記工事について、下請負人（受注者が事業協同組合の場合は組合員を含む。以下同じ）のうち、雇用保険、健康保険及び厚生年金保険に、事業者として未加入の者がありますので、下記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に未加入である旨を、交野市が保険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 |  |