様式３

社会保険等未加入状況報告書

年　月　日

工事担当課長様

受注者　所在地

　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

　下記工事について、下請負人のうち、事業者として健康保険、厚生年金及び雇用保険に未加入の者がいることが判明しましたので、報告します。

　なお、当該業者に対して社会保険等に加入するよう指導し、加入手続きを行わせた後、加入したことが確認できる書類を未加入であると判明した日から30日（当該社会保険未加入業者が第２次以下の下請の場合は60日）以内に提出することを誓約いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 工事名称 |  |
| 下請負人名 |  |
| 下請次数 | 第1次・第２次・第３次・第４次・（　　　　　　） |
| 未加入である保険 | 健康保険　・　厚生年金保険　・　雇用保険 |
| 未加入であると判明した日 | 年　　月　　日 |