

# 社会保険加入確認書

令和 年 月 日

(宛先)伊勢崎市長

所在地  
受注者 商号又は名称  
代表者の職・氏名

押印は不要です。

契約名

	保険の種類	従業員数 (有+無+除外)	加入状況 (該当欄に人数)		
			加入有	加入無	適用除外
1	労災保険	人	人		
2	雇用保険		人		
3	健康保険		人		
4	厚生年金保険		人		

「加入無」欄は、法令上適切な保険に加入すべき義務があるにもかかわらず適切な保険に加入させていない人数を、「適用除外」欄は、法令上保険加入義務が適用除外されている人数を、それぞれ記入してください。

※受注者が支店長や営業所長等といった場合は、当該支店や営業所を指定してください。

※従業員数には、法人にあっては常勤役員を含め、個人にあっては専任役員を含みます。

※ 保険加入状況欄において、加入無又は適用除外とした理由を記入してください。

	保険の種類	加入無又は適用除外とした理由
1	労災保険	
2	雇用保険	
3	健康保険	
4	厚生年金保険	

※記載内容に変更が生じた場合は、速やかに再提出してください。

入札参加資格登録業種 (該当する業種に○)		
建設工事	調査・測量・コンサルタント	物品・役務