年　　月　　日

（様式５）

（あて先）八　戸　市　長

住所

受注者　商号又は名称

代表者氏名

一次下請業者における社会保険等の加入が確認できる書類の提出について

年　月　日付け八契第　号により請求されました一次下請業者における社会保険等の加入が確認できる書類について、下記のとおり提出します。

記

１　提出対象となる一次下請業者名及び加入した社会保険等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一次下請業者名 | 加入した社会保険等 | | |
| 健康保険 | 厚生年金保険 | 雇用保険 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（提出対象となる社会保険等の欄に書類名を記入）

２　提出対象となる社会保険等の書類

　　添付のとおり。（下記以外の書類を提出する場合は、別途協議とします。）

(1)　健康保険又は厚生年金保険については、次のいずれかの書類の写し。

　　□　領収証書

　　□　社会保険料納入証明（申請）書

　　□　資格取得確認および標準報酬決定通知書

(2)　雇用保険については、次のいずれかの書類の写し。

　　□　領収済通知書及び労働保険概算・確定保険料申告書　※セットで提出

　　□　雇用保険被保険者資格取得等通知書（事業主通知用）