（様式Ａ）

**社会保険等に関する誓約書**

１当社は、本書の提出日において、次の保険に適法に加入しています。

（※該当する保険をマークしてください。）

□　雇用保険　　　　　　□　健康保険　　　　　　□　厚生年金保険

２（１）当社は、本書の提出日において、次の保険が、法令で適用除外とされています。

（※該当する保険をマークしてください。）

□　雇用保険　　　　　　□　健康保険　　　　　　□　厚生年金保険

（２）法令で適用除外である理由は、次のとおりです。

（※該当するものにマークし、必要事項を記載してください。）

□　従業員規模等による（従業員　　　　人）

□　国民健康保険組合への加入による

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

３　当社は、当社が受注者となったときは、社会保険等に未加入の建設業者（建設業法（昭和24年法律第100号）第２条第３項に定める建設業者をいい、加入義務がない者を除く。以下「未加入者」という。）を、下請負人（第二次以下の下請契約の当事者を含む。以下同じ。）としません。

また、当社は次の事項を遵守します。

1. 施工体制台帳を作成する際は、建設業許可業者である下請負人における社会保険等の加入状況を適切に確認する。
2. 下請契約（第二次以下の下請契約を含む。）の締結後遅滞なく、施工体制台帳及び建設業許可業者である下請負人が社会保険等に加入している事実を確認した書類（社会保険等の適用除外に関する誓約書を含む。）を大阪府に提出する。
3. 社会保険等に未加入である下請負人を把握したときは、その旨を大阪府に報告する。
4. 大阪府から当社に対し、未加入者である下請負人への加入指導を求められた場合は、適切に指導を行い、社会保険等に加入した事実を確認することのできる書類を大阪府に提出する。
5. 下請負人が社会保険等に未加入である旨を大阪府が保険担当機関に通報することについて、当該下請負人に周知徹底する。

以上、誓約します。なお、本書に記載した事項と事実が相違するときは、いかなる措置を受けても異議ありません。

大阪府総務部契約局長　様

平成　　年　　月　　日

所 在 地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（契約書に押印する印鑑と同一印）

※本書において、雇用保険とは雇用保険法（昭和49年法律第116号）に基づく雇用保険を、健康保険とは健康保険法（大正11年法律第70号）に基づく健康保険を、厚生年金保険とは厚生年金保険法（昭和29年法律第115号）に基づく厚生年金保険をいい、これらを総称して「社会保険等」といいます。

　また、建設業法（昭和24年法律第100号）第２条第３項に定める建設業者を「建設業許可業者」といいます。

※自らが「法令で適用除外」に該当するかどうかを確認しようとするときは、雇用保険については[厚生労働省（公共職業安定所）](http://www.mhlw.go.jp/kyujin/hwmap.html)に、健康保険及び厚生年金保険については[日本年金機構（年金事務所）](http://www.nenkin.go.jp/section/soudan/index.html)にお問い合わせください。

（様式Ｂ）

平成　　年　　月　　日

大阪府　　　　長　様

受注者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　 　　 代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

請 負 代 金 内 訳 書

工事名称

工事場所

契約年月日　　平成　　年　　月　　日

工　　　　期　　平成　　年　　月　　日 から 平成　　年　　月　　日まで

請負代金額（税抜）　 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

取引に係る消費税及び　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

地方消費税の額

請負代金額（税込）　 金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

請負代金額（税抜）の内訳　　別添 内訳書のとおり

請負代金額（税込）のうち、現場労働者に関する健康保険、厚生年金保険及び雇用保険の法定の事業主負担額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

（様式１）

**社会保険等未加入状況報告書**

平成　　年　　月　　日

大阪府*（発注部局）*長　様

受注者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

　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、事業者として健康保険、厚生年金保険及び雇用保険に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等に未加入である旨を、大阪府が保険担当機関へ通報することについて周知しています。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 工事名称 |  |
| 工　　期 |  |
| 工事場所 |  |
| 未加入者 | 別紙のとおり |

（様式１：別紙）

**※建設業の許可の有無にかかわらず、未加入の下請負人を記載する。**

**社 会 保 険 等 未 加 入 状 況 報 告 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 商号又は名称 | 商号又は名称の  フリガナ（全角） | 営業所名 | 代 表 者 名 | 所　　在　　地 | 電話番号 | 未加入保険の種類（未加入のもの  を○で囲む） | 建設業  の許可  （○で囲む） |
| １ |  |  |  |  |  |  | ・健康保険  ・厚生年金保険  ・雇用保険 | ・あり  ・なし |
| ２ |  |  |  |  |  |  | ・健康保険  ・厚生年金保険  ・雇用保険 | ・あり  ・なし |
| ３ |  |  |  |  |  |  | ・健康保険  ・厚生年金保険  ・雇用保険 | ・あり  ・なし |
| ４ |  |  |  |  |  |  | ・健康保険  ・厚生年金保険  ・雇用保険 | ・あり  ・なし |
| ５ |  |  |  |  |  |  | ・健康保険  ・厚生年金保険  ・雇用保険 | ・あり  ・なし |

○受 注 者

○工事名称

○工　　期

（様式２）

社会保険等の適用除外に関する誓約書

　当社が受注した○○○○○○○○○○工事において下請負人となっている㈱○○○○は、下記のとおり社会保険等の届出の義務を有する者には該当しません。

　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当社が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

　以上のことについて誓約します。

記

【健康保険・厚生年金保険】

* 従業員５人未満の個人事業所であるため。
* その他の理由

※「その他の理由」を選択した場合の記載例

　　『平成○年○月○日、関係機関（○○年金事務所○○課）に問い合わせを行い、判断しました。』

【雇用保険】

* 役員のみの法人であるため。
* 使用する労働者の全てが65歳に達した日以降において新たに雇用した者であるため。
* その他の理由

※「その他の理由」を選択した場合の記載例

　　　　『平成○年○月○日、関係機関（ハローワーク○○　○○課）に問い合わせを行い、判断しました。』

平成　　年　　月　　日

　大阪府*（発注部局）*長　様

受注者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

（様式３）

平成　　年　　月　　日

大阪府*（発注部局）*長　様

受注者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

社会保険等一括管理届（一括適用・継続事業一括）

当社が受注した○○○○○○○○○○工事において下請負人となっている㈱○○○○より、下記のとおり社会保険等の事務処理を下記の事業所（本社等）で一括管理している旨の報告がありましたので届けます。

また、当該一括適用事業所及び継続事業一括事業所における社会保険等の届出の事実を確認することのできる書類は別添のとおりです。

なお、この届けが虚偽により、当社が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

記

１．健康保険・厚生年金保険（一括適用）

|  |  |
| --- | --- |
| 一括適用事業所名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 法人番号 |  |

　　※一括適用事業所（本社等）における届出の事実を確認することのできる書類を添付。

２．雇用保険（継続事業一括）

|  |  |
| --- | --- |
| 継続事業一括事業所名 |  |
| 住　　　　　所 |  |
| 法人番号 |  |

　　※継続事業一括事業所（本社等）における届出の事実を確認することのできる書類を添付。

（様式５）

平成　　年　　月　　日

　大阪府*（発注部局）*長　様

受注者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

社会保険等への加入状況に係る確認書類について

　下記のとおり、社会保険等に未加入である下請負人が届出の義務を履行しましたので、その加入の事実を確認できる書類を提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 工事名 |  |
| 工期 |  |
| 工事場所 |  |
| 下請負人名 |  |
| 加入した保険 | * 健康保険　　□　厚生年金保険　　□　雇用保険 |
| 確認書類 | 別添のとおり |

（様式６）

平成　　年　　月　　日

　大阪府*（発注部局）*長　様

受注者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

社会保険等未加入者に対する加入指導の期間延長について

　大阪府より、下記のとおり当社が受注した工事における下請負人について、社会保険等に未加入であることから、加入の指導を行うよう通知を受けましたが、同下請負人への指導伝達に時間を要することから、加入指導の期間を延長するようお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 工事名 |  |
| 工期 |  |
| 工事場所 |  |
| 下請負人名 |  |
| 下請次数 | 第２次 ・ 第３次 ・ 第４次 ・ 第５次 ・ （　　　　） |
| 未加入である保険 | 健康保険　　・　　厚生年金保険　　・　　雇用保険 |
| 加入指導期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| ※加入指導の事実が確認できる書類は別添のとおり*（様式８、工事打合せ簿など）* | |

（様式８）

**※この様式はあくまでも例であり、必要な**

**事項が記載されてあれば任意の様式で可。**

誓　約　書

　当社が受注した○○○○○○○○○○工事において下請負人となっている㈱○○○○は、健康保険、厚生年金保険及び雇用保険*（※未加入の保険を選択する。）*に未加入であるとして、平成○○年○○月○○日に大阪府から当社あて、同下請負人に対し加入指導を行うよう通知がありましたが、現在、下記のとおり当社の責任において指導しているところです。

　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当社が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

　以上のことについて誓約します。

記

【加入指導の状況】

***（※加入指導を行った日時や内容、当該下請負人の対応等を具体的に記載。***

***また、指定の加入指導期間では対応できない理由を記載。）***

平成　　年　　月　　日

　大阪府*（発注部局）*長　様

受注者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

記 載 例

**※ 参 考**

受注者が作成する「工事打合せ簿」の記載例

１．受注者（元請企業）から社会保険等に未加入である下請負人に対して直接、加入指導する場合の記載例。

　指示内容として次のとおり記載。

**本工事の施工体制台帳（再下請負通知書）及び添付資料を確認した結果、貴社が社会保険等未加入建設業者であると判明し、平成○年○月○日に大阪府から当社あて、貴社に対し加入指導を行うよう通知がありました。**

**つきましては、平成○年○月○日までに、貴社が未加入の社会保険等につき届出をした事実を確認することができる書類を、当社に提出するよう改善を指示します。**

２．受注者（元請企業）から社会保険等に未加入である下請負人の直近上位の下請負人に対して加入指導を求める場合の記載例。

　指示内容として次のとおり記載。

**本工事の施工体制台帳（再下請負通知書）及び添付資料を確認した結果、社会保険等未加入建設業者である下請負人（㈱○○○○）が存在し、平成○年○月○日に大阪府から当社あて、同下請負人に対し加入指導を行うよう通知がありました。**

**つきましては、同下請負人と請負契約を締結している貴社において平成○年○月○日までに、同下請負人が未加入の社会保険等につき届出をするよう指導するとともに、当該届出をした事実を確認することができる書類を、当社に提出するよう改善を指示します。**

※「指示内容」は状況に応じて適宜修正して記載。