（様式２）

下請負人の社会保険等加入を確認できる書類の提出について

　　　　年　　月　　日

（宛先）

　　　塩尻市長

（受注者）

所　 在　 地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　このことについて、次のとおり提出します。

１　工 事 名

２　提出を求められた下請負人と加入した社会保険等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 商号又は名称 | 健康保険 | 厚生年金保険 | 雇用保険 |
| １ | 　 |  |  |  |
| ２ | 　 |  |  |  |
| ３ | 　 |  |  |  |
| ４ | 　 |  |  |  |
| ５ | 　 |  |  |  |

※　各保険の欄には、写しを添付する書類の名称を記入する。

３　添付書類　　別紙のとおり