

社会保険等適用申出書

年 月 日

(宛先)

大 津 市 長

所 在 地

申出者 商号又は名称

代表者役職名及び氏名

令和 年度の入札参加申請書の提出にあたり、下記のとおり申し出ます。また、この申出書の記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

記

1 健康保険及び厚生年金保険（全て直近のもの、写し可）

☐ 加入しています。（別途、確認書類を添付）（確認書類）☐ 健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書☐ 納入告知書 納付書・領収証書（ハガキ等可）☐ その他（ ）☐ 加入義務がありません。（理 由）☐ 常時使用される者が5人未満の個人事業所☐ 個人事業主と、その家族従業員☐ 雇用される者が短時間労働者☐ その他（ ）

2 雇用保険（全て直近のもの、写し可）

☐ 加入しています。（別途、確認書類を添付）（確認書類）☐ 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）☐ 納付書・領収証書（ハガキ等可）☐ 労働保険概算・確定保険料申告書（受付印があるもの）☐ 事業所別被保険者台帳照会（3か月以内のもの）☐ その他（ ）☐ 加入義務がありません。（理 由）☐ 事業主、代表者、役員のみが就労☐ その他（ ）

※ 該当する ☐ にチェックしてください。「その他」の場合、具体的な理由を（ ）に記載してください。

※ 記載内容に疑義が生じた場合に、関係機関に問い合わせることがあります。

※ 証明書類は書類の表題、発行年月日、事業者名を確認しています。

ハガキの写しを添付する場合は、これらの項目が分かるように写しを作成して下さい。

提出責任者・担当者氏名及び連絡先

提出責任者名 (注)担 当 者 名 (注)

電 話 番 号

注）必要に応じて確認のため連絡することがあります。