

# 社会保険等確認書類

## ① 経営規模等評価結果通知書総合評定値通知書(建設工事) ※様式一部省略

長野県知事  
審査基準日

電話番号

資本金額

完成工事高/売上高(%)

行政庁記入欄

自己資本額及び利益額	数値	点数
自己資本額		
利益額		
評点(X2)		

その他の審査項目(社会性等)	数値等	点数
雇用保険加入の有無		
健康保険加入の有無		
厚生年金保険加入の有無		
建設業退職金共済制度加入の有無		
退職一時金制度若しくは企業年金制度導入の有無		
法定外労働災害補償制度加入の有無		
労働福祉の状況		
営業年数		
民事再生法又は会社更生法の適用の有無		
建設業の営業継続の状況		
防災協定の締結の有無		
防災活動への貢献の状況		
営業停止処分の有無		
指示処分の有無		
法令遵守の状況		
監査の受審状況		
公認会計士等の数		
二級登録経理試験合格者の数		
建設業の経理の状況		
研究開発費		
研究開発の状況		
建設機械の所有及びリース台数		
建設機械の保有状況		
ISO9001の登録の有無		
ISO14001の登録の有無		
国際標準化機構が定めた規格による登録の状況		
若年技術職員の継続的な育成及び確保		
新規若年技術職員の育成及び確保		
若年の技術者及び技能労働者の育成及び確保の状況		
評点(W)		

「有」又は「適用除外」  
になっていること。  
※「無」の場合は、「社会  
保険等加入状況申  
出書」又は「雇用保険、  
健康保険及び厚生年  
金保険の加入義務が  
ないことの届出書」の  
提出が必要です。

②【健康保険・厚生年金保険】領収証書

**領 収 済 通 知 書** 国庫金 厚生保険

6118 00063140 厚生労働省年金局(函館)

納付目的  
 健康保険料  
 厚生年金保険料  
 児童手当拠出金  
 平成 年度  
 厚生労働省所管  
 年金特別会計

事業所管理記号	事業所番号	うり証券受領	
00500			

納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、歳入代理店又は日本年金機構  
 受取先 歳入徴収官  
**厚生労働省年金局事業管理課長**  
 (所在地) (〒100-8916) 千代田区霞が関-2-2  
(収納専用印字機) 日本年金機構内厚生労働省年金局 〒100-8916 千代田区霞が関-2-2  
 この納入告知書(納付書)はEYE-EASY(ペイジー)対応のATM、インターネットバンキング等を利用して納付することができます。

上記の合計額を領収しました。  
(領収日付印)

(厚生労働省年金局専用)

翌年度5月1日以降現年度歳入組入

**領 収 控** 国庫金 厚生保険

6118 00063140 厚生労働省年金局(函館)

納付目的  
 健康保険料  
 厚生年金保険料  
 児童手当拠出金  
 平成 年度  
 厚生労働省所管  
 年金特別会計

事業所管理記号	事業所番号	うり証券受領	
00500			

納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、歳入代理店又は日本年金機構  
 受取先 全額 一部  
**厚生労働省年金局事業管理課長**  
 (所在地) (〒100-8916) 千代田区霞が関-2-2  
(収納専用印字機) 日本年金機構内厚生労働省年金局 〒100-8916 千代田区霞が関-2-2  
 この納入告知書(納付書)はEYE-EASY(ペイジー)対応のATM、インターネットバンキング等を利用して納付することができます。

上記の合計額を領収しました。  
(領収日付印)

(収納専用)

翌年度5月1日以降現年度歳入組入

**納入告知書 納付書 領収証書** 国庫金 厚生保険

6118 00063140 厚生労働省年金局(函館)

納付目的  
 健康保険料  
 厚生年金保険料  
 児童手当拠出金  
 平成 年度  
 厚生労働省所管  
 年金特別会計

事業所管理記号	事業所番号	うり証券受領	
00500			

納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、歳入代理店又は日本年金機構  
 受取先 全額 一部  
**厚生労働省年金局事業管理課長**  
 (所在地) (〒100-8916) 千代田区霞が関-2-2  
(収納専用印字機) 日本年金機構内厚生労働省年金局 〒100-8916 千代田区霞が関-2-2  
 この納入告知書(納付書)はEYE-EASY(ペイジー)対応のATM、インターネットバンキング等を利用して納付することができます。

上記の合計額を領収しました。  
(領収日付印)

(納付書連し)

翌年度5月1日以降現年度歳入組入

(1) 業者名と一致しているか確認

(2) 何らかの数値が入っていれば可

③【健康保険・厚生年金保険】社会保険料納入証明書

別紙4

平成 年 月 日 申請

社会保険料納入証明(申請)書

1. 申請者

事業所整理記号	事業所番号

事業所所在地	(1)業者名と一致しているか確認
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(        ) (        ) (        )

2. 申請事由

3. 証明事由

月 分	保 険 料			収納年月日
	健康保険	厚生年金	児童手当拠出金	
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				
平成 年 月分				
平成 年 月分				
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日
平成 年 月分				平成 年 月 日

(2)何らかの数値が入っていれば可

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

歳入徴収官  
厚生労働省年金局事業管理課長



④【健康保険・厚生年金保険】  
資格取得確認および標準報酬決定通知書（様式）

(説明)  
(1)(注1)  
年益事務所名を出  
力する。  
(2)(注2)  
社会保険労務士一  
下の関係がある場  
合に出月とする。

(注2)  
S C XXXX

事業所番号 健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書  
99999

整理記号  
XXXX

被保険者 整理番号	被保険者氏名	被保険者住所	生年月日	標準報酬月額	種別 (性別)	取得 区分	資格取得 年月日	基礎年金番号
ZZZZZZ9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	X99.09.99 健康保険: 2999 千円 厚生: 2999 千円	X99.09.99 健康: 2999 千円 厚生: 2999 千円	9 X X X X X 厚 年	9 X X X X 千 円	X99.09.99	9999-9999999
ZZZZZZ9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	X99.09.99 健康保険: 2999 千円 厚生: 2999 千円	X99.09.99 健康: 2999 千円 厚生: 2999 千円	9 X X X X X 厚 年	9 X X X X 千 円	X99.09.99	9999-9999999
ZZZZZZ9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	X99.09.99 健康保険: 2999 千円 厚生: 2999 千円	X99.09.99 健康: 2999 千円 厚生: 2999 千円	9 X X X X X 厚 年	9 X X X X 千 円	X99.09.99	9999-9999999
ZZZZZZ9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	X99.09.99 健康保険: 2999 千円 厚生: 2999 千円	X99.09.99 健康: 2999 千円 厚生: 2999 千円	9 X X X X X 厚 年	9 X X X X 千 円	X99.09.99	9999-9999999
ZZZZZZ9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	X99.09.99 健康保険: 2999 千円 厚生: 2999 千円	X99.09.99 健康: 2999 千円 厚生: 2999 千円	9 X X X X X 厚 年	9 X X X X 千 円	X99.09.99	9999-9999999
ZZZZZZ9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 999-XXXX	X99.09.99 健康保険: 2999 千円 厚生: 2999 千円	X99.09.99 健康: 2999 千円 厚生: 2999 千円	9 X X X X X 厚 年	9 X X X X 千 円	X99.09.99	9999-9999999

郵便番号 999-XXXX  
事業所住所 XXXXXXXX  
事業所名称 XXXXXXXX  
事業所番号 XXXXXXXX

XXZ9年29月29日  
上記のとおり資格取得の確認および標準報酬の  
決定がなされたので通知します。  
(注1)

日本年金機構理事長 (XXXXXXXXXX)

規格 縦8 1/6インチ×横12 7/10インチ

健康保険 資格取得確認および標準報酬決定通知書(1/2)  
厚生年金 保険

図 2-36-1

(1)業者名と一致しているか確認

⑤-1【雇用保険】領収済通知書(様式)

必ず⑤-2と  
セットで確認

(1) 参考資料⑤-2の番号と一致しているか確認

領収済通知書 (労働保険) (国庫金) (記入例) ¥0123456789

取扱庁名 青森労働局 ※取扱庁番号 00075227

30840

労働保険特別会計 0847 厚生労働省 6118

平成 〇〇 年度

納付額 (合計額) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は兼入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署

あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎 青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官

領収日付印

納付の目的 (上記金額の内訳)  
1. 平成 〇〇 年度 〇〇 期  
2. 追加徴収...  
3. 平成 〇〇 年度 〇〇 期  
4. 追加徴収...  
あわせて納付...7

納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は兼入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署

(2) 何らかの数値  
が入っていれば可

(3) 参考資料⑤-2の額  
と一致しているか確認

領収済通知書 (労働保険) (国庫金) (記入例) ¥0123456789

取扱庁名 青森労働局 ※取扱庁番号 00075227

30820

労働保険特別会計 0847 厚生労働省 6118

平成 〇〇 年度

納付額 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は兼入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署

あて先 〒030-8558 青森市新町2丁目4-25 青森合同庁舎 青森労働局労働保険特別会計歳入徴収官

領収日付印

納付の目的 (上記金額の内訳)  
1. 平成 〇〇 年度 〇〇 期  
2. 追加徴収...  
3. 平成 〇〇 年度 〇〇 期  
4. 追加徴収...  
あわせて納付...7

納付の場所 日本銀行(本店・支店・代理店又は兼入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署

⑤-2【雇用保険】労働保険 概算・確定保険料申告書(様式)

様式第6号(第24条、第25条、第33条関係)(甲)  
労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書  
石綿健康被害救済法 一般拠出金

継続事業  
(一括有期事業を含む。)

標準字体 012  
第3片記入に当たっての注記  
OCR格への記入は上  
提出用

必ず⑤-1と  
セットで確認

下記のとおり申します。

① 労働保険番号  
32700

平成 年 月 日

② 労働保険事務所  
〒 市 区 町 丁目 番 号 番 号  
札幌市北区北8条西2丁目1-1

(1)で照合する箇所

566  
札幌第1合同労働会

③ 増加年月日(元号・平成は?) ④ 事業廃止年月日(元号・平成は?) ⑤ 事業廃止等理由  
⑥ 労働保険適用者数 ⑦ 雇用保険法適用者数 ⑧ 雇用保険法適用者数  
⑨ 労働保険料率 ⑩ 概算・増加概算保険料率

北海道労働局  
労働保険特別会計歳入徴収官殿 (注2)(注1)

なすべし折り返さないようにし、やむをえない場合は折り返しマーク( )の所で折り返して下さい。

労働保険料率は標準で記載して下さい。

区分	② 保険料・拠出金算定基礎額	③ 保険料率	④ 確定保険料・一般拠出金額 (②×③)
労働保険料		1000分の	
労働保険料		1000分の	
雇用保険法適用者分			
高年齢労働者分		1000分の	
保険料算定対象者分		1000分の	
一般拠出金(注1)		1000分の	

区分	② 保険料算定基礎額の見込額	③ 保険料率	④ 概算・増加概算保険料額 (②×③)
労働保険料		1000分の	
労働保険料		1000分の	
雇用保険法適用者分			
高年齢労働者分		1000分の	
保険料算定対象者分		1000分の	

(4)どちらかに何らかの数値が入っていれば可

⑪ 事業主の郵便番号(実質のある場合記入) ⑫ 事業主の電話番号(実質のある場合記入) ⑬ 延納の申請 納付意欲  
⑭ 法務省管区分 ⑮ 労働部管区分 ⑯ アドホックコード ⑰ 入力区分 ⑱ 修正項目

⑩⑪⑬の金額の前に「¥」記号を付さないで下さい

⑩ 申告済概算保険料額	⑪ 申告済概算保険料額
⑫ 差引額 (イ) 充当額 (ロ) 還付額	⑬ 申告済概算保険料額
⑭ 期別納付額 (第1期) (第2期) (第3期)	⑮ 保険関係成立年月日
⑯ 加入している労働保険 (イ) 労働保険 (ロ) 雇用保険	⑰ 事業又は作業の種類
⑱ 事業者 (イ) 所在地 (ロ) 名称	⑲ 事業主 (イ) 住所 (ロ) 名称 (ハ) 氏名

(3)で照合する箇所

(5)業者名と一致しているか確認

⑥【雇用保険】雇用保険被保険者資格取得等通知書(事業主通知用)(様式)

様式第4号

雇用保険被保険者 資格喪失届  
氏名変更届

標準  
字体 0123456789

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 帳票種別

1 2 1 0

2: 氏名変更届  
3: 資格喪失届

1. 被保険者番号

2. 事業所番号

3. 資格取得年月日

管轄区分

被保険者氏名

性別

生年月日

取得時被保険者種類

事業所名称略称

転勤の年月日

4. 離職年月日

5. 喪失原因

6. 離職票交付希望

※7. 喪失時被保険者種類

9. 補充採用予定の有無

8. 新氏名

フリガナ(カタカナ)

10. 被保険者の住所又は居所

11. 被保険者でなくなったこと  
の理由又は氏名変更年月日

12. 1週間の所定  
労働時間 ( )時間 ( )分

※13. 資格取得年月日現在の  
1週間の所定労働時間 ( )時間 ( )分

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

住所

平成 年 月 日

事業主氏名

記名押印又は署名

電話番号

印

公共職業安定所長 殿

(なお、この通知書は、必ず第2面の注意事項をよく読んでから記載してください。)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等通知書(事業主通知用)

確認(受領)通知年月日 雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認(通知)します。

被保険者

(1) 業者名と一致しているか確認

被保険者氏名

性別

生年月日

資格取得年月日

取得時被保険者種類

事業所名称略称

転勤の年月日

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書  
(被保険者通知用)

確認(受領)  
通知年月日

資格取得年月日

取得時  
被保険者種類

被保険者番号

被保険者氏名

生年月日

事業所名称略称

転勤の年月日

様式第7号

雇用保険被保険者証

被保険者番号

被保険者氏名

生年月日