全建統一様式 第５号別紙

元　請 確認欄	

提出日　　年　　月　　日

社会保険加入状況

（　　年　　月　　日 作成）

事業所の名称
所　長　名　　殿

一　次
会社名　　㊞

（　　次）
会社名　　㊞

番号	ふりがな 氏　　名	社会保険		
		健康保険	年金保険	雇用保険

（注）個人情報保護の観点から、被保険者番号等は本人の同意を得たうえで記載する。
（記入要領）
１．健康保険欄には、上段に健康保険の名称（健康保険組合、協会けんぽ、建設国保、国民健康保険）を、下欄に健康保険被保険者証の番号の下４桁（番号が４桁以下の場合は、当該番号）を、なお、上記の保険に加入しておらず、後期高齢者である等により、国民健康保険の適用除外である場合には、上段に「適用除外」と記載する。
２．年金保険欄には、上段に年金保険の名称（厚生年金、国民年金）を、各年金の受給者である場合は、上段に「受給者」と記載する。
３．雇用保険欄には、下段に被保険者番号の下４桁（日雇労働被保険者の場合は、上段に「日雇保険」と）を、事業主である等により雇用保険の適用除外である場合は、上段に「適用除外」と記載する。