

住 公 企

平成 29 年 4 月 26 日

建設業者 各位

一般財団法人函館市住宅都市施設公社
理事長 野々宮 勇

建設工事における下請業者への社会保険等未加入対策
について

平素より、当公社発注の建設工事の適正な執行につきまして、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当公社が発注する建設工事につきましては、社会保険等（健康保険、厚生年金保険および雇用保険）に加入し、法定福利費を適切に負担する建設業者を契約の相手方としているところですが、その下請業者である技能労働者の雇用環境の改善および不良不適格業者の排除に取り組むため、別添のとおり、原則、社会保険未加入業者との下請契約を禁止といたしますので、お知らせいたします。

なお、本対策は、函館市の市発注工事における社会保険等未加入対策に準じて事務を行います。

(企画管理課 庶務経理担当 40-3601)

建設工事における社会保険等未加入業者との下請契約禁止について

社会保険等未加入対策を促進するため、当公社発注建設工事において、平成29年度から、原則、社会保険等未加入業者との下請契約を禁止することとします。

1 社会保険未加入業者の定義

「社会保険等未加入業者」とは、以下に定める届出の義務を履行していない建設業者（建設業法第2条第3項に定める建設業者をいい、当該届出の義務がない者を除く。）を指します。

- ・ 健康保険法第48条の規定による届出義務
- ・ 厚生年金保険法第27条の規定による届出義務
- ・ 雇用保険法第7条の規定による届出義務

2 適用時期

(1) 1次下請契約の禁止

平成29年4月26日以降に入札公告および業者指名（随意契約を含む。）する全ての建設工事

(2) 2次以下の全ての下請契約の禁止

平成29年10月1日以降に入札公告および業者指名（随意契約を含む。）する全ての建設工事

3 事務手続

受注者が下請業者を選定した際、当該下請業者が当公社または函館市の平成29・30年度競争入札参加資格者でない場合は、受注者が「下請負人選定通知書」を提出するにあたり、下請業者の各保険の加入を証明する書類を添付してください（詳細は添付の「社会保険等の確認書類について」を参照）。なお、下請業者が当公社または函館市の平成29・30年度競争入札参加資格者である場合は、社会保険等の加入を証明する書類の添付は不要です。

また、社会保険等未加入業者と下請契約を締結した場合には、「社会保険等適用除外申出書」（別紙 様式1）を提出していただきます。

なお、社会保険等適用除外申出書を提出した後に、社会保険等の加入義務が生じた場合には、社会保険等の加入を証明する書類の提出が必要となります（詳細は添付の「社会保険等の確認書類について」を参照）。

社会保険等の確認書類について

H 2 9 . 4 . 2 6

工事監督員が、受注者（元請業者）が選定した下請業者（当公社または函館市の平成29・30年度競争入札参加資格者でない場合）が社会保険等の未加入者であるかを確認するため、「下請負人選定通知書」に必ず下記の書類を添付してください。

1. 経営規模等評価結果通知書・総合評定値通知書（経審）
「健康保険加入の有無」, 「厚生年金保険加入の有無」 および 「雇用保険加入の有無」の各欄が「有」または「除外」になっていることを確認します。
2. 経営規模等評価結果通知書・総合評定値通知書（経審）の上記「各保険加入の有無」の欄が「無」または未受審の場合
それぞれの保険について、下記の書類にて確認します。

<健康保険・厚生年金保険>

「全国健康保険協会（協会けんぽ）」に加入済の場合	「年金事務所」発行の「保険料」の領収書（写し）
「健康保険組合」に加入済の場合	「健康保険組合」発行の「保険料」の領収書（写し） かつ、「厚生年金保険料」の領収書（写し）
「国民健康保険（北海道建設国民健康保険組合（建設国保）等）」に加入済の場合	「建設業に係る国民健康保険組合」発行の加入証明書（原本） かつ、「厚生年金保険料」の領収書（写し）
健康保険および厚生年金保険に最近加入したため、領収書等がない場合	健康保険・厚生年金保険新規適用届の事業所控（写し）
健康保険または厚生年金保険に加入義務がない場合	社会保険等適用除外申出書（別紙 様式1）

<雇用保険>

「労働局」または「労働保険事務組合」に保険料を納付済の場合	「労働局」または「労働保険事務組合」発行の「労働保険料」の領収書（写し）
雇用保険に最近加入したため、領収書がない場合	雇用保険適用事業所設置届の事業所控（写し）
雇用保険に加入義務がない場合	社会保険等適用除外申出書（別紙 様式1）

別紙 様式1

社会保険等適用除外申出書

平成 年 月 日

一般財団法人函館市住宅都市施設公社
理事長 野々宮 勇 様

所在地
商号または名称
代表者職氏名

印

- 健康保険および厚生年金保険に加入義務がないことを誓約します。
- 雇用保険に加入義務がないことを誓約します。

※ 該当する項目にチェックをしてください。