社会保険等の適用除外に関する誓約書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

あて先）成田市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の入札参加に当たり、社会保険等（雇用保険、健康保険及び厚生年金保険）の全部又は一部が適用除外になっていることを誓約します。

社会保険等の適用除外状況

|  |  |
| --- | --- |
| 保険名 | 適用除外理由 |
| 健康保険 |  |
| 厚生年金保険 |  |
| 雇用保険 |  |

**※本誓約書は、経営規模等評価結果通知書・総合評定値通知書により社会保険等の適用除外の確認ができない場合に提出していただくものです。各保険について法令による「適用除外」に該当するかどうかの確認については、健康保険及び厚生年金保険については日本年金機構（年金事務所）に、雇用保険については厚生労働省（公共職業安定所）にそれぞれお問い合わせください。**

**誓約した内容が虚偽等であった場合は、指名停止などの措置を受けることがありますのでご注意ください。**