

(ふりがな)	かぶしがいいしや ○○○○		
商号	株式会社 ○○○○		
(ふりがな)	だいひょうとりしまりやく にほん たろう		西暦 △△△△年 9月 15日 生
代表者	代表取締役 日本 太郎		
(ふりがな)	とうきょうと○○く○○		TEL 00-0000-0000
所在地	〒○○○-○○○○		FAX 00-0000-0000
	東京都○○区○○1-1-1		E-Mail ○○○○@○○○○.○○.○○
設立年月日	○○○○年 1月 1日	資本金	10,000 千円
		社員数	技術系 5名 事務系 1名 6名
取引金融機関	△△△△ 銀行 △△ 支店		(ふりがな) かぶしがいいしや○○○○
	普通・当座	口座番号	000000000 口座名 株式会社 ○○○○
法人番号	0000000000000		登録番号 T0000000000000
建設業の許可	許可業種	許可番号	許可(更新)年月日
	電気 工事業	国土交通大臣 (特・搬一〇) 第 000000号 知事	〇〇年 1月 1日
建設業の許可	許可業種	許可番号	許可(更新)年月日
	工事業	国土交通大臣 (特・搬一) 第 号 知事	年 月 日
建設業の許可	許可業種	許可番号	許可(更新)年月日
	工事業	国土交通大臣 (特・搬一) 第 号 知事	年 月 日

記入要領

- 商号 (株)・(有)など略さず○○株式会社、株式会社○○、○○有限公司、有限公司○○などと正確に記入して下さい
- 代表者 氏名の前に取締役社長、代表取締役など役職名を記入して下さい
- 所在地 丁目、番地は2-10-23のように略してもかまいません
- 資本金 払込資本金を記入して下さい
- 登録番号 法人番号と、インボイスの登録番号(取得した場合のみ)を記入して下さい
- 建設業許可 国土交通大臣・知事の非該当の方を消して下さい。知事許可の場合は、知事の前に都道府県名を忘れずに記入して下さい
- 保険 (イ)保険証券を参照して、保険の種類、その他正確に記入して下さい  
(ロ)保険金額は全て単位万円です  
(ハ)第三者賠償保険に加入していて、特記事項などある場合は、備考に記入して下さい

社会保険等の加入状況 (該当するものに○をつけて下さい)														
雇用保険		加入・未加入・適用除外(一人親方等)												
医療保険		加入・未加入・適用除外(常時使用者5人未満の為、国民健康保険等に加入)												
厚生年金保険		加入・未加入・適用除外(常時使用者5人未満の為、国民年金保険に加入)												
労働者災害補償保険 (該当する欄にご記入下さい)														
強制適用事業所	府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号				
	1 3	0	0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0									
特別加入制度	中小事業主等	府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号			
	1 3	0	0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0									
一人親方等	府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号				
	1 3	0	0 0	0 0 0 0 0 0	0 0 0									
法定外補償保険(任意加入保険)														
保険の種類				契約保険会社名				代理店名及び電話番号						
□□保険				□□□□株式会社				株式会社□□□ TEL 00-0000-0000						
死亡				保 険 金 額				業 務 上 通 勤 災 害						
				10,000 万円				10,000 万円						
後遺障害	1 級				万円				万円					
	2 級				万円				万円					
	3 級				万円				万円					
	4 級				万円				万円					
	5 級				万円				万円					
休 業				1日当たり 10,000 円				1日当たり 10,000 円						
第三者賠償保険(任意加入保険)														
保険の種類				契約保険会社名				代理店名及び電話番号						
□□保険				株式会社□□□□□				□□□株式会社 TEL 00-0000-0000						
一事故当たり最高補償額				保 険 金 額(身体・財物込)				そ の 他						
				年間最高通算限度額				その 他						
〇〇 万円				〇〇 万円				備考						
備考				備考				備考						
自動車任意保険														
最高保険金額				契約保険会社名				代理店名及び電話番号						
無制限 万円				□□□株式会社				株式会社□□□□□ TEL 00-0000-0000						

協力会社業態調書 (N3-HS7401)

年 月 日

(ふりがな)											
商号											
(ふりがな)						西暦 年 月 日生					
代表者											
(ふりがな)	TEL										
所在地	〒		FAX								
	E-Mail										
設立年月日	年 月 日		資本金		千円		社員数		技術系 名		名
									事務系 名		
取引金融機関	銀行 支店 (ふりがな)										
	普通・当座		口座番号		口座名						
法人番号				登録番号							
建設業の許可	許可業種		許可番号				許可(更新)年月日				
	工事業		国土交通大臣 (特・搬一) 第 号				年 月 日				
建設業の許可	許可業種		許可番号				許可(更新)年月日				
	工事業		国土交通大臣 (特・搬一) 第 号				年 月 日				
建設業の許可	許可業種		許可番号				許可(更新)年月日				
	工事業		国土交通大臣 (特・搬一) 第 号				年 月 日				

記入要領

- 商号 (株)・(有)など略さず〇〇株式会社、株式会社〇〇、〇〇有限会社、有限会社〇〇などと正確に記入して下さい
- 代表者 氏名の前に取締役社長、代表取締役など役職名を記入して下さい
- 所在地 丁目、番地は2-10-23のように略してもかまいません
- 資本金 払込資本金を記入して下さい
- 登録番号 法人番号と、インボイスの登録番号(取得した場合のみ)を記入して下さい
- 建設業許可 国土交通大臣・知事の非該当の方を消して下さい。知事許可の場合は、知事の前に都道府県名を忘れずに記入して下さい
- 保険 (イ)保険証券を参照して、保険の種類、その他正確に記入して下さい  
(ロ)保険金額は全て単位万円です  
(ハ)第三者賠償保険に加入していて、特記事項などある場合は、備考に記入して下さい

2023年10月 改定

社会保険等の加入状況 (該当するものに○をつけて下さい)												
雇用保険		加入・未加入・適用除外(一人親方等)										
医療保険		加入・未加入・適用除外(常時使用者5人未満の為、国民健康保険等に加入)										
厚生年金保険		加入・未加入・適用除外(常時使用者5人未満の為、国民年金保険に加入)										
労働者災害補償保険 (該当する欄にご記入下さい)												
強制適用事業所	府県		所掌		管轄		基幹番号			枝番号		
特別加入制度	中小事業主等	府県		所掌		管轄		基幹番号			枝番号	
	一人親方等	府県		所掌		管轄		基幹番号			枝番号	
法定外補償保険(任意加入保険)												
保険の種類				契約保険会社名				代理店名及び電話番号				
								TEL				
死亡				保 険 金 額								
				業 務 上				通 勤 災 害				
				万円				万円				
後遺障害	1 級				万円				万円			
	2 級				万円				万円			
	3 級				万円				万円			
	4 級				万円				万円			
	5 級				万円				万円			
休 業				1日当たり 円				1日当たり 円				
第三者賠償保険(任意加入保険)												
保険の種類				契約保険会社名				代理店名及び電話番号				
								TEL				
一事故当たり最高補償額				保 険 金 額(身体・財物込)				そ の 他				
				年間最高通算限度額								
万円				万円								
備考				備考								
自動車任意保険												
最高保険金額				契約保険会社名				代理店名及び電話番号				
万円								TEL				