

●社会保険の加入に関する下請指導ガイドライン（令和2年10月1日）  
改訂版への対応について

令和元年度の建設業法等の一部改正により、令和2年10月から建設業者の雇用保険、医療保険及び年金保険（以下「社会保険」といいます。）への加入が建設業許可・更新の要件とされるなど、事業者単位での社会保険加入確認の厳格化が講じられています。

また、作業員単位における社会保険の加入確認についても、より厳格な措置を講ずることが求められることになりました。つきましては、以下のとおりの対応と致します。

【社会保険への加入状況の確認方法】

1.建設企業及び作業員については、建設キャリアアップシステム（以下、CCUS）への登録を推奨する。

●CCUS に登録済みの場合は、登録時に社会保険の加入証明書類の確認を行うなど情報の真正性が厳正に担保されているため、下記 1.2 の関係資料の提出は不要である。

●次項からは CCUS に登録していない建設企業及び作業員が対象となる。施工体制台帳の提出を要する作業所へ遅滞なく下記の書類をグリーンサイト上で提出すること。

【建設企業】

1.社会保険（健康保険、厚生年金保険、雇用保険）への加入が確認できる直近の保険料の領収済通知書等関係資料のコピー。

【作業員】

2.全ての作業員について、作業員名簿と一緒に下記の書類を提出すること。

ア) 健康保険証のコピー

イ) 標準報酬決定通知書等関係資料のコピー

ウ) 雇用保険被保険者証のコピー等

・ア～ウの書類については保険加入状況の確認に必要な事項以外をマスキングすること。

【一人親方】

3.下請企業の役割と責任として、請負関係にある一人親方について、実態が雇用労働者であれば早期に雇用関係を締結し、適切な社会保険に加入させること

4. 一人親方と請負契約を結んだ場合、下請企業と一人親方との関係を記載した再下請負通知書及び請負契約書を提出すること。

以上

※次ページに各保険加入を確認するための書類見本を掲載する。

書類見本は、「建設キャリアアップシステム 証明書類見本一覧 第3版 技能者編」より引用

ア) 健康保険証のコピー

【組合けんぽい】→記入有

**健康保険 被保険者証**      本人（被保険者）      00000  
平成00年00月00日交付

記号 マスキング箇所      番号 マスキング箇所

氏名      ケンパ 知寿  
建設 太郎 ①

生年月日 昭和 00年 00月 00日 ②

性別      男


資格取得年月日      平成 00年 00月 00日

事業所名称      ○○○株式会社

保険者番号      マスキング箇所

保険者名称      全国健康保険協会      ○○支部

保険者所在地      ○○区○○町○○○-○○-○○



① 会社

【健康保険組合】→記入有

**健康保険 被保険者証**      本人（被保険者）      平成00年00月00日交付

記号 マスキング箇所      番号 マスキング箇所

① 氏名      建設 太郎

② 生年月日      昭和 00年 00月 00日      性別      男

資格取得      平成 00年 00月 00日


有効期限      平成 00年 00月 00日

保険者所在地      東京都○○区○○町○○-○○-○○

保険者番号      マスキング箇所      Tel. 00-0000-0000

保険者名称      ○○○健康保険組合

発行番号      000000000



① 会社

【国民健康保険（組合員）】有効期限 平成00年00月00日

**国民健康保険 被保険者証（組合員）**      有効期限 平成00年00月00日

記号      マスキング箇所      番号 マスキング箇所

氏名      建設 太郎 ①

生年月日      昭和 00年 00月 00日 ②      性別      男

資格取得年月日      平成 00年 00月 00日


交付年月日      平成 00年 00月 00日

組合員氏名      建設 太郎

住所      東京都○○区○○町○○-○○-○○

事業所名称      ○○○株式会社

全国士木建築国民健康保険組合      ③ 会社      保険者番号 マスキング箇所



①氏名  
②生年月日  
③証明印等（公印・登録印・発行者印等…）

※健康保険記号番号、保険者番号はマスキングしてください。

※有効期限の記載のあるものは有効期限内の書類を提出してください。

## イ) 標準報酬決定通知書等関係資料のコピー

【厚生年金の場合】

[illegible]

- ①事業所整理記号  
②事業所番号  
③氏名  
④証明印等（公印・受領印・発行者印等…）  
※他者の個人情報にはマスキングしてください。  
※基礎年金番号はマスキングしてください。

【国民年金の場合】

[illegible]

①被保険者氏名  
※基礎年金番号はマスキングしてください。

マスクングすること

ウ) 雇用保険被保険者証のコピー等

※ 下記のうち、いずれか 1 点 発行元 (入手元) : 公共職業安定所

### 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)

被保険者番号

① 0000-000000-0

標準 (受渡)  
通知年月日

H000000

資格取得年月日

H000000

取得時被保険者種類

0 ( 0000 00  
0000 00  
0000 00 )

被保険者氏名

② ケンセツ タロウ

生年月日  
(元号一年月日)

0 000000 ( 0000 00  
0000 00 )

事業所名称略称

株式会社 ○○建設

振込の年月日

様式第7号

## 雇用保険被保険者証

センター 公共職業安定所 

① 被保険者番号

0000-000000-0

② 被保険者氏名

ケンセツ タロウ

生年月日  
(元号—年月日)

0

000000

( 0000 0000 )

①被保藏者番号  
②技能者名  
③証明印等（公印・受領印・発行者印等…）