

一次請負会社：

社会保険加入状況調査票

＜会社情報＞ 2025年4月1日 (現在)

企 業 名			
氏名（法人は代表者名）			
所 在 地			
常用労働者数	人		
事業所の形態	☐ 法人 ☐ 5人未満 ☐ 一人親方		
主な取扱業種	☐ 造園工事 ☐ 土木工事 ☐ 建築工事 ☐ ☐ 警備業 ☐ 産廃業		
建設業許可 建設業許可を受けている方は ご記入ください	建設業許可	☐ 大臣 ☐ 特定 ☐ 知事 ☐ 一般	
		許可年月日：	
		許可番号：	
	許可業種	☐ 造園 ☐ 土木 ☐ とび ☐ ほ装 ☐ 塗装 ☐ 石 ☐ 管 ☐ 建築 ☐ 電気工 ☐ 解体 ☐ 水道 ☐ 鋼構造 ☐ しゅん ☐ 大工 ☐ 左官 ☐ 屋根 ☐ タイル ☐ 鉄筋 ☐ 板金 ☐ ガラス ☐ 防水 ☐ 内装 ☐ 機械 ☐ 熱絶 ☐ さく井 ☐ 建具 ☐ 消防 ☐ 清掃 ☐ 電気通	
再下請先企業の有無	☐ 有 ☐ 無		

＜社会保険＞

医療保険 （健康保 険）		加 入	☐ 健康保険組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 建設国保 ☐ 国民健康保険	
		未 加 入	組合名： 事業所番号：	
		適用除外	☐ 個人事業主・その家族従業員 ☐ 短時間労働者（一般社員の3/4未満） ☐ 常時使用者5人未満の個人事業所 ☐ 季節労働者（1ヵ月以内） ☐ 常用労働者以外の短時間労働者	
年金保険		加 入	☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 （適用事業所でない場合は個人で国民年金に加入）	
		未 加 入	事業所整理番号： 事業所番号：	
		適用除外	☐ 個人事業主・その家族従業員 ☐ 短時間労働者（一般社員の3/4未満） ☐ 常時使用者5人未満の個人事業所 ☐ 季節労働者（1ヵ月以内） ☐ 常用労働者以外の短時間労働者	
雇用保険		加 入	事業所番号：	
		未 加 入		
		適用除外	☐ 事業主・役員 ☐ 大学・専門学校生 ☐ 週20時間未満 ☐ 31日以上継続雇用無し	
労災保険		加 入	事業所番号： （法人加入の場合）	
		未 加 入		
		適用除外	☐ 事業主・役員 ☐ 一人親方 ☐ その他	
	一人親方等 特別加入		加入団体名： （事業主・一人親方）	
			労働保険番号：	

＜担当者の連絡先＞

氏 名：	所 属：
連絡先：	E-mail：

<会社情報>

2025年4月1日

(現在)

企 業 名	西武緑化管理株式会社		
氏名（法人は代表者名）	代表取締役 植田 共一		
所 在 地	埼玉県所沢市緑町1-1-11		
常用労働者数	193 人		
事業所の形態	☒ 法人 ☐ 5人未満 ☐ 一人親方		
主な取扱業種	☒ 造園工事 ☐ 土木工事 ☐ 建築工事 ☐ 警備業 ☐ 産廃業		
建設業許可 建設業許可を受けている方は ご記入ください	建設業許可	☒ 大臣 ☐ 知事 ・ ☒ 特定 ☐ 一般	
		許可年月日： 令和2年12月13日	許可番号： 14991
	許可業種	☒ 造園 ☒ 土木 ☒ とび ☒ ほ装 ☐ 塗装 ☒ 石 ☐ 管 ☐ 建築 ☐ 電気工 ☒ 解体 ☒ 水道 ☐ 鋼構造 ☐ しゅん ☐ 大工 ☐ 左官 ☐ 屋根 ☐ タイル ☐ 鉄筋 ☐ 板金 ☐ ガラス ☐ 防水 ☐ 内装 ☐ 機械 ☐ 熱絶 ☐ さく井 ☐ 建具 ☐ 消防 ☐ 清掃 ☐ 電気通	
再下請先企業の有無	☒ 有 ☐ 無		

<社会保険>

医療保険 (健康保険)	☐ 加 入	☒ 健康保険組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 建設国保 ☐ 国民健康保険		
	☐ 未 加 入	組合名： 西武健康保険組合 事業所番号： 655		
	☐ 適用除外	☐ 個人事業主・その家族従業員 ☐ 短時間労働者（一般社員の3/4未満） ☐ 常用労働者5人未満の個人事業所 ☐ 季節労働者（1ヵ月以内） ☐ 常用労働者以外の短時間労働者		
年金保険	☐ 加 入	☒ 厚生年金 ☐ 国民年金（適用事業所でない場合は個人で国民年金に加入）		
	☐ 未 加 入	事業所整理番号： 05SDX 事業所番号： 05760		
	☐ 適用除外	☐ 個人事業主・その家族従業員 ☐ 短時間労働者（一般社員の3/4未満） ☐ 常用労働者5人未満の個人事業所 ☐ 季節労働者（1ヵ月以内） ☐ 常用労働者以外の短時間労働者		
雇用保険	☐ 加 入	事業所番号： 1106-621193-1 (従業員がいる場合)		
	☐ 未 加 入			
	☐ 適用除外	☐ 事業主・役員 ☐ 大学・専門学校生 ☐ 週20時間未満 ☐ 31日以上継続雇用無し		
労災保険	☐ 加 入	事業所番号： 11-1-07-115851-000 (法人加入の場合)		
	☐ 未 加 入			
	☐ 適用除外	☐ 事業主・役員 ☐ 一人親方 ☐ その他		
	一人親方等 特別加入	加入団体名：	事業主・一人親方が作業員名簿に 記載されている場合は記入	(事業主・一人親方)
		労働保険番号：		

<担当者の連絡先>

氏 名： ○○ ○○	所 属： 事務局
連絡先： 04-2993-0515	E-mail： ryokka@seibu-ryokka.com