

殿

(受注者)

工事名

年 月 日

年 月 日

 $\sim$

年 月 日

迄

※事業主負担額の記載漏れが無いようにしてください。

(工事価格のうち、現場労働者に関する健康保険、厚生年金保険及び雇用保険の法定の事業主負担額)