

## 労災保険加入証明願

年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官  
 労働局長  
 労働基準監督署長 殿

所在地：  
 名称：  
 代表者：  
 担当者：  
 電話：

下記のとおり、労災保険に加入済であることを証明願います。

労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号	—	枝番号
					—	
工事の 場合	発注者名					
	工事の名称					
	工事の所在地					
	予定期間		年 月 日～ 年 月 日			
	請負金額					
目的	・工事契約書 ・その他( )					
証明書提出先						

(証明欄)

上記事業について、労災保険に加入済であることを証明します。

年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官  
 労働局長

印

労働基準監督署長

印