

労働保険にかかる情報提供に関する依頼

平成 年 月 日

千葉労働局
労働保険特別会計歳入徴収官 殿

事業主の 住所 _____

氏名 _____ (印)

※ 法人のときはその名称及び代表者の氏名

下記の労働保険に係る内容について証明願います。

1 労働保険番号 _____

2 証明を必要とする理由

3 証明事項 (○をつけて下さい)

- ア 労働保険加入証明
- イ 労働保険料納付証明 (年度労働保険年度更新分)
- ウ 労働保険未納額証明
- エ 年度更新申告書の写し (年度労働保険年度更新分)
- オ 改定確定保険料(メリット収支率計算)にかかる
業務災害に関する保険給付累計額等についての証明
- カ 継続事業被一括事業場リスト
- キ その他 ()

※ただし、オの証明については「決定通知」受領後とする。
本依頼にかかる回答の交付を郵送で希望される場合は必ず切手を貼った返信用封筒を同封して下さい。