

労働保険料等加入・納入証明願

年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官

福岡労働局長 殿

労働 保 険 番 号	府県	所掌	管轄	基 幹 番 号				枝番号			口座振替の有無	
											—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
											—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
											—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
											—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
											—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

事業場所在地

事業場名称

代表者氏名

添付書類として提出する必要がありますので、労働保険に加入し、法定納期を経過した労働保険料等の未納がないことを証明願います。

目 的 入札参加 経営審査 領収証書紛失
 (該当するものを☑) 助成金等申請 (助成金の種類)
 その他 ()

証明書提出先

(証明欄)

上記事業場について、証明日現在、労働保険に加入し、労働保険料等（労災・雇用・一般拠出金）に未納がないことを証明します。

年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官 福岡労働局長

労働保険料等加入・納入証明書

年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官
福岡労働局長 殿

労働 保険 番号	府県	所掌	管轄	基 幹 番 号				枝番号			口座振替の有無
										—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
										—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
										—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
										—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
										—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

事業場所在地 _____

事業場名称 _____

代表者氏名 _____

添付書類として提出する必要がありますので、労働保険に加入し、法定納期を経過した労働保険料等の未納がないことを証明願います。

- 目 的 入札参加 経営審査 領収証書紛失
(該当するものを☑) 助成金等申請 (助成金の種類)
 その他 ()

証明書提出先 _____

(証明欄)

上記事業場について、証明日現在、労働保険に加入し、労働保険料等（労災・雇用・一般拠出金）に未納がないことを証明します。

年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官 福岡労働局長

証明手続き窓口(郵送先)

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東2-11-1 福岡合同庁舎新館5階
福岡労働局総務部労働保険徴収課徴収第2係 ☎092-434-9831

※労働基準監督署及びハローワークでは証明の発行はできません。

- 証明にあたっては、労働局控と証明用の2枚の提出が必要です。お急ぎの場合を除き、郵送の方法でご依頼ください。
- 郵送の際は以下の点にご注意ください。
 - ・証明書とあわせて切手を貼った返信用封筒を必ず同封してください。
 - ・証明書を受付けてから届けるまで概ね1週間程度お時間をいただいておりますので、余裕をもってご依頼ください。
 - ・郵便到着の有無や処理状況について個別のお問合せにはご対応できかねますので、必要に応じて郵便追跡サービスが利用可能な方法(特定記録やレターパック等)にて郵送してください。
- 証明依頼のタイミングによっては、納付が確認できるもの(領収証書や通帳等)を求める場合があります。(※)

労働保険料等加入・納入証明願

記入例

申請日を必ず記入してください。

令和〇年 〇月 〇日

労働保険特別会計歳入徴収官
福岡労働局長

口座振替を利用されている場合は「有」に、利用していない場合は「無」に☑を記入(選択)してください。

※口座振替を利用して、証明依頼日が振替日から2週間以内の場合は、引落日と引落金額が確認できる通帳等の写しを添付してください。

労働保険番号	府県		所掌		管轄		基幹番号						枝番号	振替の有無		
	4	0	1	0	1	1	2	3	4	5	6	-	0	0	0	☑ 有 □ 無

労働保険番号を記入してください。
 ■府県が40以外の番号は福岡労働局では証明できません。
 ■記入された番号に未納がなくても、同一事業主や同一法人番号で他の番号に未納がある場合は証明できません。
 ■基幹番号が9から始まる場合は、本様式ではなく、事務組合委託事業場用の様式を使用してください。

事業場所在地 福岡市博多区博多駅東〇-〇〇-〇〇 〇〇ビル201

事業場名称 〇〇〇〇 株式会社

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

該当する目的に☑を記入(選択)してください。
助成金等の申請及びその他の場合は、()内も記入してください。

労働保険に加入し、法定納期を経過した労働保険料

- 目的 (該当するものを☑)
- 入札参加
 - 経営審査
 - 領収証書紛失
 - 助成金等申請 (助成金の種類)
 - その他 ()

証明書提出先 〇〇市役所

(証明欄)

上記事業場について、証明日現在、労働保険に加入し、労働保険料等(労災・雇用・一般拠出金)に未納がないことを証明します。

この日付は記入しないでください。

— 年 — 月 — 日 —

労働保険特別会計歳入徴収官 福岡労働局長