別紙様式1

労災保険加入証明願

年　　月　　日

岩手労働局長　　殿

所　在　地:
事業場名称:
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	ー	枝番号
					ー	

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	

※証明書発行までに2週間程度お時間をいただく場合がございますので、証明書の申請は、日程に余裕をもってご提出いただくよう、お願いいたします。
※労災保険に未加入である場合は、証明することができません。ご申請の前に、労働局等に提出済みの書類の控え等（労働保険の保険関係成立届等）で確認の上、ご申請願います。

（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

岩手労働局長　　印