

労災保険加入証明願

令和 年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官
岩手労働局長 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		平成 年 月 日 ~ 平成 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。

令和 年 月 日

労働保険特別会計歳入徴収官
岩手労働局長

印