

労働保険料・一般拠出金納付証明願

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、証明書の交付をお願いします。

労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号	-	枝番号
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
目的	・入札参加 ・経営審査 ・領収証書紛失 ・助成金等申請(助成金等の種類： ・その他(					
証明書提出先						
希望する 証明の種類 (○で囲む)	・未納がないことの証明	対象年度	年度	必要部数	部	
			年度		部	
	・労働保険料等納付済額証明	対象年度	年度	必要部数	部	
			年度		部	