

労災保険加入証明願

労働保険特別会計  
歳入徴収官香川労働局長 殿  
労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

事業主所在地:

事業主名称:

代表者:

担当者:

電話:

下記のとおり、労災保険に加入済み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
継続事業	事業場名称				
	事業場所在地				
	事業場電話番号				
	保険成立年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
目的					
証明書提出先					

(証明欄)

上記事業について、労災保険に加入済み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 香川労働局長  
労働基準監督署長

労災保険加入証明願

労働保険特別会計  
歳入徴収官香川労働局長 殿  
労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

事業場所在地:

事業場名称:

事業主所在地:

事業主名称:

代表者:

担当者:

電話:

下記のとおり、労災保険に加入済み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		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	請負金額(税抜)				
目的					
証明書提出先					

(証明欄)

上記事業について、労災保険に加入済み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 香川労働局長

労働基準監督署長