

記入要領

労働保険事務組合事務処理体制等の報告

年 月 日

大阪労働局長 殿

労働保険事務組合の 名称
 認可団体 所在地
 電話番号
 F A X
 代表者氏名

上記報告日現在における労働保険事務組合事務処理体制等を下記のとおり報告します。

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	現在付与を受けている 末尾番号	他に付与を受けて いる基幹番号
	27	1 3		9		
代表者氏名	役職名 ()			監査役職氏名	役職名 ()	
出納責任者 役職氏名	役職名 ()			監査役職氏名	役職名	
専用口座届出印 保管責任者氏名				専用口座通帳 保管責任者氏名	内部牽制体制を徹底するため、専用口座 の届出印保管責任者と通帳保管責任者 は必ず別人にすること。	
事務総括者氏名				労働保険事務 経験年数	社会保険労務士 資格の有無	専任/兼任 (兼任されている場合 は概ねの割合)
事務担当者氏名				年 有 ・ 無	年 有 ・ 無	専任 ・ 兼任
事務総括者は代表者と共に、労働関係 法令に精通した、社会的信用もある、事 務組合の業務に責任ある行動ができる者 のみが就任すること。				労働保険事務の 経験年数のこと。 団体での勤務年 数ではない。		専任/兼任については、当 該団体で労働保険事務以外 も担当しているか否かのこと。 兼任の場合は、割合を%で 記入すること。
				年 有 ・ 無	年 有 ・ 無	専任 ・ 兼任 (%)

内部監査	内部監査は、労働保険料等の会計を 対象としたもの。また、団体全体の内部 監査の一環として労働保険料等の 監査をしても良い。	期 ・ 随時	年 回
	労働保険事務組合の 認可を受けている団体 (母体団体)の会員数 を記入すること。	査年月日	年 月 日
	監査実施者役職・氏名		
	監査実施予定年月日	年 月 日	

会員数 ()	令和5年4月1日現 在の委託事業場数 を記入。	委託事業主数 ()	委託事業主数 対前年比 (+ -)
委託事業場数 (令和5年4月1日 現在)	一元雇用	災のみ	二元雇用
委託状況(令和4年4月1日～令和 5年4月1日現在)			
新規委託数	内訳	新規委託 () 委託替え ()	
委託解除数	内訳	事業廃止 () 委託替え () 個別へ移行 () 労働者なし () 事務組合都合 () その他 ()	
委託拡大の 見込み	有 無	1. 総会による周知 2. 文書等による促進 3. 個別訪問による促進 4. その他 () (理由)	

専用口座銀行、支店名 名義、名義(フリガナ)、口座番号	(去年度変更になった場合のみご記入ください。)	変更や追加がなければ、空欄でご提出く ださい。
--------------------------------	-------------------------	----------------------------