

労働者災害補償保険加入証明書
(労災保険)

平成 年 月 日

倉敷 労働基準監督署長 殿

所在地
申請人 商号又は名称
代表者氏名

印

府・県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

次のことについて証明してください。

記

1. 労災保険の加入状況

1 加入

2 未加入

2. 労災保険料納入状況

1 納入済

2 月 日納入見込み(納付委託)

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

労働基準監督署長

印

(注) 1. 本証明願は、2部作成し提出すること。

2. 証明を受けるにあたっては、保険料申告書及び領収書等確認できるものを持参すること。