



労働者災害補償保険加入確認書

年 月 日

(発注者宛) 殿

住所
受注者
氏名 (法人の場合は
名称及び代表者の氏名※)

下記のとおり労災保険加入確認書を提出します。

文 書 番 号 (契 約 番 号)			
工 事 件 名			
工 事 場 所			
契 約 金 額	¥ (うち取引に係る消費税及び地方消費税の額 ¥)		
契 約 年 月 日	年 月 日	工 期	

監理業務受託者	担当者名	
---------	------	--

※ 受注者氏名欄に記名の上、押印又は押印を省略する場合には以下を記載する。

[本書類を発行することができる権限を有する者]

役職: _____ 氏名: _____ 電話番号: _____

[事務担当者]

所属: _____ 役職: _____ 氏名: _____ 電話番号: _____

(区職員使用欄) 押印省略時の 本人確認日、確認方法及び確認者	年 月 日	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> テレビ会議	(確認者氏名)
------------------------------------	-------	--	---------