

--

### 労働者災害補償保険加入確認書

(発注者あて)

年 月 日

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証明書を提出します。

契 約 番 号			
契 約 件 名			
契 約 金 額	¥		
契 約 確 定 日	年 月 日	工期、履行期間 又は履行期限	

監理業務受託者		担当者名		
---------	--	------	--	--

※ 受注者氏名欄に押印する場合には、以下の記載は不要。

[事務担当者]

所属： \_\_\_\_\_ 役職： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_