

労働保険料一括納付に係る証明書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

当機関が、下記事業場の労働保険料について一括納付していることを証明します。

記

【事業場名等】

労働保険No.	郵便番号	住 所	事 業 場 名	人 数
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人
				人

※ 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を追加しても構わないこと。

令和 年 月 日

事業場名（本社等）

代表者氏名（役職・氏名）

印