

労働者災害補償保険加入及び適用状況証明書

(事業者記入)

対象者 (負傷者)	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
発生日時 (いつ)	年 月 日	午前 午後	時	分頃
発生場所 (どこで)				
労災保険の 加入・適用	加入の有無	加入あり ・ 加入なし		
	◆労災に未加入の理由を記入してください。			
	適用の有無	適用あり ・ 適用なし		
	◆労災が適用にならない理由を記入してください。			

常総市長 殿

年 月 日

上記のとおり証明いたします。

事業者名：

印

代表者氏名：

所在地：

電話番号：

※社判を忘れずに押してください。