労災保険加入証明書

○○　　年　　月　　日

労働基準監督署長　様

受　注　者

住所又は事務所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者氏名

下記の業務委託について、大阪市水道局長に、労災保険加入済みの事実を報告する必要がありますので証明願います。

労災保険関係

成立記号番号　　　　第　　　　　　　号

業務名称

委託契約期間　　　　自　○○　　年　　月　　日

(履行期間) 　　至　○○　　年　　月　　日

証明欄

|  |
| --- |
| 上記について、労災保険加入済であることを証明する。　○○　　年　　月　　日労働基準監督署長　　　　　　　　　　　　　 |