

様式 4

## 労災保険成立証明願

労災保険番号

府県

所掌

管轄

基幹番号

枝番号

— — — —

事業の名称

保険料算定期間 自 年 月 日  
至 年 月 日

上記について、工事主管課長 様に労災保険成立済の事実について報告する  
必要がありますので、御証明願います。

年 月 日

労働基準監督署長 様

住所  
受注者  
氏名 印

---

上記工事について、労災保険成立済みであることを証明する。