

(様式5)

労働者災害補償保険関係成立証明書

労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号					枝 番 号		
工 事 名											
工 事 場 所	伊達市 町										
保 険 加 入 者	住所 氏名 印										
労働基準監督署 証 明 欄	平成 年 月 日 労働者災害補償保険の保険関係は成立済みである。										