

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

Ⅱ. 現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

回答年月日 令和 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

会社等法人番号

電話番号

※ 事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと思います。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。