

令和 年 月 日

労働保険特別会計 歳入徴収官
福井労働局長 殿

事業場所在地
事業場名称
代表者氏名

労働保険料納入に係る証明について(依頼)

みだしのことについて、競争入札参加資格審査申請に使用するため、下記事項について証明願います。

記

- 1 労働保険番号 18
- 2 確認期間 H・R 年 月 日～H・R 年 月 日
- 3 2の確認期間内に納付期限のある労働保険料について未納はありません。

以上

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

労働保険特別会計 歳入徴収官
福井労働局長