

下記のとおり申告します。

継続事業

（一括有期事業を含む。）

標準
字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9第3片「記入に当たっての注意事項」をよく読んでから記入して下さい。
OCR枠への記入は上記の「標準字体」をお願いします。

事業主控

平成XX年XX月XX日

あて先 〒XXX-XXXX

〇〇市〇〇 〇-〇-〇

〇〇労働局

(注2) (注1)

石綿による健康被害の救済に関する法律第35条第1項に基づき、
一般拠出金は延納できません

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク（△）の所で折り曲げて下さい。）

種 別 1 3 2 7 0 0 ※修正項目番号 ※入力確定コード

① 労働保険番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 - 0 0 0

※各種区分
管轄(2) 保険関係等 業 種 産業分類

④ 常時使用労働者数 8 0

②増加年月日(元号：平成は7) ③事業終了等年月日(元号：平成は7) ※事業廃止等理由
④常時使用労働者数 ⑤雇用保険被保険者数 ⑥免除対象高年齢労働者数 ※保険関係 委託保険理出コード

⑦ 区分		算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	
確定保険料算定内訳	労働保険料	⑧ 保険料・拠出金算定基礎額	⑨ 保険料・拠出金率
	労働保険料	⑩ 確定保険料・一般拠出金額 (⑧×⑨)	
	労働保険料		
	労働保険料		
	労働保険料		
一般拠出金			

印のついている項目が、記載されているか確認をお願いします。

- ・労働保険番号 ①
- ・常時使用労働者数 ④
- ・所在地・名称 ②⑧

労働基準監督署等の受付印がない場合は、
納付書・領収書の写しが必要です。

⑪ 区分		算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	
概算・増加概算保険料算定内訳	労働保険料	⑫ 保険料算定基礎額の見込額	⑬ 保険料率
	労働保険料		1000分の
	労働保険料		1000分の
	労働保険料		
	労働保険料		
一般拠出金			

電子申請の場合
受付印の代わりに右上に以下の文言があることを
確認してください。受付（電子申請）
●●年●●月●●日
●●労働局⑭事業主の経理番号（変更のある場合記入） ⑮事業主の電話番号（変更のある場合記入）
※修正項目番号 ※修正項目番号 ※修正項目番号 ※修正項目番号 ※修正項目番号

⑯ 延納の申請 納付回数 ⑰

⑱⑲⑲の全額の前に「¥」記号を付さないで下さい

⑱ 申告済概算保険料額		⑲ 申告済概算保険料額	
⑳ 差引額	㉑ 充当額	㉒ 還付額	㉓ 不足額
㉔ 第1期支払額	㉕ 第2期支払額	㉖ 第3期支払額	㉗ 第4期支払額
㉘ 第1期支払額	㉙ 第2期支払額	㉚ 第3期支払額	㉛ 第4期支払額
㉜ 第1期支払額	㉝ 第2期支払額	㉞ 第3期支払額	㉟ 第4期支払額
㊱ 事業又は作業の種類	㊲ 事業又は作業の種類	㊳ 事業又は作業の種類	㊴ 事業又は作業の種類
㊵ 郵便番号	㊶ 電話番号	㊷ 郵便番号	㊸ 電話番号

②⑧ 加入している労働保険 (イ)労働保険 (ロ)雇用保険 ②特掲事業 (イ)該当する (ロ)該当しない

②⑧ (イ)所在地	〇〇市〇〇 X-X-X
(ロ)名称	〇〇株式会社

②⑧ (イ)住所 (法人のときは代表者の氏名)	②⑧ (イ)住所 (法人のときは代表者の氏名)
(ロ)名称	(ロ)名称
(ハ)氏名 (法人のときは代表者の氏名)	(ハ)氏名 (法人のときは代表者の氏名)
記名押印又は署名	記名押印又は署名