

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」でお願いします。

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1) (注2) (社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、労災保険適用事業主から徴収する一般拠出金は、低納でもません。

(注2) (社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、労災保険適用事業主から徴収する一般拠出金は、低納でもません。

種別 3 2 7 0 0

※修正項目番号

※人力徴収コード

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

④ 常時使用労働者数 8 0

※各種区分  
管轄(2) 保険関係等 業種 産業分類

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 ⑳

**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。**

確定保険料算定内訳	区分	算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
		⑧ 保険料・拠出金算定基礎額	⑨ 保険料・拠出金率	⑩ 確定保険料・一般拠出金額 (⑧×⑨)
労働保険料	(イ)			
労働保険料	(ロ)			
雇用保険分	雇用保険法適用者分	(イ)		
	高年齢労働者分	(ロ)		
	保険料算定対象者分	(ハ)		
一般拠出金	(注1)			

概算・増加概算保険料算定内訳	区分	算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
		⑪ 保険料算定基礎額の見込額	⑫ 保険料率	⑬ 概算・増加概算保険料額 (⑪×⑫)
労働保険料	(イ)		1000分の	
労働保険料	(ロ)		1000分の	
雇用保険分	雇用保険法適用者分	(イ)		
	高年齢労働者分	(ロ)		
	保険料算定対象者分	(ハ)	1000分の	

事業主の郵便番号(重要のある場合記入) 事業主の電話番号(重要のある場合記入)

⑭ 延納の申請 納付回数

※修正有無区分 ※算定対象区分 ※データ指示コード ※西人力区分 ※修正項目

⑬⑭⑮の全額の前に「¥」記号を付さないで下さい

⑮ 申告済概算保険料額				⑯ 申告済概算保険料額			
⑰ 差引額				⑰ 増加概算保険料額			
⑱ 第1期支払額				⑱ 第1期支払額			
⑱ 第2期支払額				⑱ 第2期支払額			
⑱ 第3期支払額				⑱ 第3期支払額			
⑲ 事業又は作業の種類				⑲ 事業又は作業の種類			
⑲ 郵便番号				⑲ 電話番号			

⑳ 加入している労働保険 (イ)労働保険 (ロ)雇用保険

㉑ 特掲事業

㉒ (イ)所在地 〇〇市〇〇 X-X-X

㉒ (ロ)名称 〇〇株式会社

㉓ 事業又は作業の種類

㉔ 事業又は作業の種類

㉕ 郵便番号

㉕ 電話番号

㉖ (イ)住所 (ロ)名称 (ハ)氏名 (法人のときは代表者の氏名)

㉗ 記名押印又は署名