

法定外労働災害補償制度加入証明書

保 険 種 類

保 険 契 約 者 (被 保 険 者) (商号又は名称)
(所在地)

保険証券番号

保険期間 年 月 日から
年 月 日まで 年間

被保険者の範囲 直接の使用関係にある職員及び下請負人（数次の請負による場合にあっては下請負人のすべて）の直接の使用関係にある職員すべて

補償の範囲 ○業務災害及び通勤災害
○死亡及び労働者災害補償保険の障害等級第1級から第7級までに係る障害補償給付及び障害給付並びに遺族補償給付及び遺族給付の基因となった災害のすべてを対象とする。

建設業法第27条の23に規定される経営事項審査の資料とするため、上記のとおり加入していることを証明します。

令和 年 月 日

(証明者) (所在地)
(名 称)
(職、氏名)

印

この証明書についての問い合わせ先

※ 証明書作成の際は、この様式に準じて作成してください。

※ 「証明者」は、契約した民間保険事業者（代理店等は不可）であること。

（ただし、契約した民間保険事業者が担当者の私印のみでしか対応できない場合に限り、可とする）