

労働者災害補償保険 海外派遣に関する報告書

| |
|-------------------|
| 帳票種別 3 6 2 3 3 |
|-------------------|

| |
|--|
| |
|--|

※印の欄は記載しないでください。(職員が記載します。)

| | | | | | |
|---------------|-----------|---------------------------|------|----------|------|
| 労働保険番号 | | ※受付年月日 | | 元号 年 月 日 | |
| 府 | 県 | 所掌管轄 | 基幹番号 | 枝番号 | 9 令和 |
| | | | | | |
| 派遣者氏名 | | フリガナ | | ※整理番号 | |
| 漢字 | | | | 性別 男・女 | |
| 生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | | |
| 国内における住所 | | | | | |
| 派遣元の事業場名 | | | | | |
| 派遣先 | 事業の名称 | | | | |
| | 事業の所在地 | | | | |
| | 事業の種類及び規模 | 人 | | | |
| 派遣予定期間 | | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| 派遣先における地位・役職名 | | 1 技術協力 3 代表者等 5 労働者 | | (地位・役職名) | |
| 具体的な業務の内容 | | | | | |
| 派遣先における住所 | | | | | |
| 給付基礎日額 | | 円 | | | |

折り曲げる場合はこの所で折り曲げてください。

上記のとおり海外派遣させるので報告します。

郵便番号 - 電話番号 -

年 月 日

労働局長 殿

名称

事業の 主たる事務所の所在地

代表者の氏名 印

- 〔注意〕
- この報告書は、海外派遣の内容が具体的に確定したときに提出すること。
 - 労働保険番号は第3種特別加入保険料に係る保険番号を記載すること。
 - 「代表者の氏名」欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。