

労働者災害補償保険法第31条第1項第1号の規定に係る保険給付通知書

災害種別		業務災害 通勤災害	事故発生年月日		年	月	日	
労働者	住所	事業場		事業の名称				
	氏名			事業場の所在地 (〒 -) 電話番号 (- -) 事業主の氏名				
保険給付の概要	項目 \ 区分	保険給付支給額	保険給付の内容		保険給付の支給決定年月日	保険給付の支払年月日		
	休業(補償)給付		自 . . . 至 . . . (日分)			
	傷病(補償)年金		第 級			
	障害(補償)年金		第 級			
	障害(補償)一時金		第 級			
	遺族(補償)年金			受給者氏名	続柄	
	遺族(補償)一時金			受給者氏名	続柄	
	葬祭料(葬祭給付)			受給者氏名	続柄	
合計額								
平均賃金額	円	備考						
第三者行為災害	該当 非該当							

上記の通り通知します。

年 月 日

労働局長 殿

労働基準監督署長 印

※ 事業主が、①その雇用する労働者について労働者に該当しないと誤認したために保険関係成立届を提出していなかったこと、②本来独立した事業として取り扱うべき出張所等について独立した事業には該当しないと誤認したために、当該事業の保険関係について直近上位の事業場等他の事業に包括して手続をとっていることが考えられる場合には、備考欄にその旨を特記すること。

保険手続に関する指導の実施状況

[労働基準監督署]

事業の概要	事業の名称 _____ 事業の所在地 _____ 事業開始年月日 年 月 日 _____ 指導時における事業の種類及び使用労働者数 _____ (_____ 人) 労働保険番号 (_____)
指導を行った日	年 月 日
指導の方法	1. 事業場訪問 2. 呼出し 3. その他
指導を行った相手方の職・氏名・連絡先	
指導の内容	
備考	

_____労働局長 殿

_____安定所長

保険手続に関する指導の実施状況について（回答）

年 月 日付けをもって照会のあった標記の件について、下記の通り回答致します。

記

事業の概要	事業の名称 _____ 事業の所在地 _____ 事業開始年月日 _____年 月 日 指導時における事業の種類及び使用労働者数 _____ (_____人) 労働保険番号 (_____)
指導の実施状況	1. 実施した [指導を行った担当者の職指名] 2. 実施していない
指導を行った日	_____年 月 日
指導の方法	1. 事業場訪問 2. 呼出し 3. その他
指導を行った相手方の職・氏名・連絡先	
指導の内容	
備考	

年 月 日

_____ 労働保険事務組合連合会会長殿

_____ 労働局長

労働保険加入勧奨業務の実施状況について（照会）

下記の事業に対する労働保険加入勧奨業務の実施状況について、照会致します。
なお、当該事業主に対して加入勧奨を実施している場合には、回答文書に加入
勧奨状況報告書の写しを添付願います。

記

事業の名称	
事業場の所在地	
事業主の氏名 又は名称	
事業主の住所 又は所在地	

費用徴収の手続の流れ

