

記入例

記入日を記載して下さい

20 17 年 4 月 1 日

再委託事業者通知書

①貴社名

商号または社名	フリガナ ニックウカブシキガイシャ
	日空株式会社

②委託事業者その1

事業者名	フリガナ カブシキガイシャニックウサンギョウ		
	株式会社日空産業		
所在地	フリガナ トウキョウトニックウチョウ		
	〒123-1234 東京都日空町1-2-3		
電話番号	03-1234-1234	FAX	03-1234-1234
労働保険番号	雇用保険番号 (1234-56789-1)		
	労災保険番号 (1234567891234)		
	<input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
社会保険番号	健康保険番号 (01-アイ)		
	厚生年金番号 (01-アイ)		
	<input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
法定外労働者災害補償保険加入の有無	保険会社名 (日空保険)		
	保険名称 (傷害総合保険)		
	<input type="checkbox"/> 加入していない		
社有車両の任意自動車保険加入内容	対人 <input checked="" type="checkbox"/> 無制限 ・ <input type="checkbox"/> 千円		
	対物 <input checked="" type="checkbox"/> 無制限 ・ <input type="checkbox"/> 千円		
	<input type="checkbox"/> 加入していない		

③委託事業者その2

事業者名	フリガナ ニックウコウギョウカブシキガイシャ		
	日空工業株式会社		
所在地	フリガナ ヨコハマシニックウチョウ		
	〒345-3456 横浜市日空町1-2-3		
電話番号	045-123-1234	FAX	045-123-1234
労働保険番号	雇用保険番号 (3456-78901-1)		
	労災保険番号 (34567890123456)		
	<input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
社会保険番号	健康保険番号 (02-ウエ)		
	厚生年金番号 (02-ウエ)		
	<input type="checkbox"/> 適用事業所ではない		
法定外労働者災害補償保険加入の有無	保険会社名 ()		
	保険名称 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 加入していない		
社有車両の任意自動車保険加入内容	対人 <input checked="" type="checkbox"/> 無制限 ・ <input type="checkbox"/> 千円		
	対物 <input type="checkbox"/> 無制限 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 10,000 千円		
	<input type="checkbox"/> 加入していない		

受託内容について、以上の協力業者に再

貴社の御担当者様と上席様のご印鑑を必ずご捺印下さい。

貴社御確認印欄	
上席様 御承認	御担当者様

*根拠規程:文書取扱規程第13条2項

・保存期間:【3年】総務・庶務関係(8)参照の必要性のある文書