

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	
上席様の御承認	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