

法定外労働災害補償制度加入証明書

保 險 種 類

保 險 契 約 者 (商号又は名称)
(被保険者) (所在地)

保 險 証 券 番 号

保 險 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。

年 月 日
(証明者) (所在地)
(名 称)
(職、氏名)

この証明書についての問い合わせ先

この様式を使用しない場合でも、下記の要件が契約書、加入証明書で確認できれば評価の対象とします。

■下記の要件をすべて満たす契約を締結している場合が対象となります。

- ・業務災害及び通勤災害が担保されているものであること。（下請負人に係るものを含む。）
- ・申請者の直接の使用関係にある職員だけでなく、申請者が請け負った建設工事を施工する下請負人の直接の使用関係にある職員をも対象とすること。
- ・少なくとも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こと。