

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

府	県	所	掌	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号

受付年月日

元号	年	月	日
7 平成			
1-9年は右へ 1-9月は右へ 1-9日は右へ			

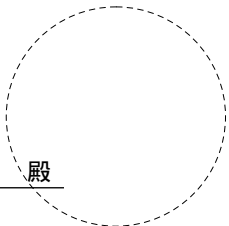
派遣者氏名	フリガナ ----- 漢字	整理番号	
		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)		
国内における住所			
派遣元の事業場名			
派遣先	事業の名称		
	事業の所在地		
	事業の種類及び規模	_____人	
派遣予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
派遣先における地位・役職名	1 技術協力 3 代表者等 5 労働者	(地位・役職名)	_____
具体的な業務の内容			
派遣先における住所			
給付基礎日額	円		

折り曲げる場合には、() 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〕
1. 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。
 2. 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。
 3. 「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。