様式第九号（表面）を次のように改める。

様式第9号（表面）

労働者災害補償保険

平均給与額証明書

① 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	③ 労働者の氏名		⑤ 負傷又は発病年月日	年　月　日
② 事業の種類（保険料率表による）				④ 労働者の職種			⑥ 改訂比率		

(Ⅰ) 今回の改訂比率算出の基礎	区分		期間	a 所定労働日数	b 延労働者数	c 賃金総額	d 1人1日当りの賃金（c÷b）	e 1人1箇月当りの賃金（d×a）	平均給与額（イ＋ロ＋ハ）÷3	上昇又は低下した比率
	同種労働者	A	年　月					イ	(1)	
			年　月					ロ		
			年　月					ハ		
		B	年　月					イ	(2)	(2)÷(1)
			年　月					ロ		
			年　月					ハ		
	全労働者	A	年　月					イ	(3)	
			年　月					ロ		
			年　月					ハ		
		B	年　月					イ	(4)	(4)÷(3)
			年　月					ロ		
			年　月					ハ		

(Ⅱ) 平成2年9月30日までの改訂比率	区分	第1回	第2回	第3回
	改訂比率			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業の名称

〒　－　　電話（　）　－

事業場の所在地

事業主の氏名　㊞

（法人のときはその名称及び代表者の氏名）

労働基準監督署長殿

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		㊞	（　）　－

様式第九号（裏面）注意9中「できる」を「できること」に改め、同様式に、

を加える。