労働者災害補償保険加入証明

被保険者記号番号　　９０－　　－

組 合 員 氏 名　　

職　　種　　

労働保険番号

府県		所轄	管轄		基幹番号						枝番			整理番号			

上記の者は、労働者災害補償保険に基づく特別加入者であることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

労働保険事務組合

所 在 地

名　　称

代表者名　　㊞