

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

⑩

※不足が生じた場合は、コピーをして下さい。