**労災保険特別加入証明願**

令和　　年　　月　　日

福井労働局総務部

労働保険徴収室長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話：

　下記のとおり、労災保険の特別加入に加入済みであることを証明願います。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 労働保険番号 | 特別加入者氏名 | 給付基礎日額 | 特別加入年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（労働局証明欄）

　　上記の者について、令和　　年　　月　　日現在において、労災保険の特別加入に加入済であることを証明します。

|  |
| --- |
| 加入証明欄 |
|  |

福井労働局総務部労働保険徴収室長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　労働保険特別会計歳入徴収官