労災保険特別加入証明願

令和　　年　　月　　日

香川労働局長　　殿

所在地：
名　称：
代表者：
担当者：
電　話：

事務組合署名：

下記の対象者について労災保険特別加入者であることの証明をお願いします。

記

労働保険番号：　３７・　　・　　・　　―

氏名（フリガナ）：　　（　　）

生年月日：　昭和・平成・令和　　年　　月　　日

労災保険特別加入期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日現在加入中
　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

証明願理由：

提出先：

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・証明欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

香川労働局長