

# 加入証明書

下記の事業所は、労働保険に加入していることを証明します。

## 記

事業所名 ○○○○ △△△△  
事業の種類 ○○事業 (○○事業)  
代表者職氏名 代表取締役 ○○ ○○  
所在地 〒01○-○○○○ 秋田県秋田市○○○○○  
電話番号 018-863-○○○○  
労働保険番号 05-△-01-94006△-△△△  
加入年月日 令和○○年○○月○○日  
労働保険更新日 令和△△年4月 1日  
次回更新期限日 令和××年3月31日

特別加入者氏名 ○○ ○○ (承認年月日 令和○○年○○月○○日)  
特別加入者の  
労働保険更新日 令和△△年4月 1日  
次回更新期限日 令和××年3月31日

年度途中の加入の場合で、その年度中に証明を受ける場合は事務委託開始日

年度途中の加入の場合で、その年度中に証明を受ける場合は、特別加入承認年月日

令和○△年□×月◇▽日

秋田SR経営労務センター

会長 舘岡 睦彦

秋田県秋田市大町 3-2-44 大町ビル 3F

018-863-1777

## 加入証明書（一人親方）

下記の者は、当団体において一人親方労災保険（特別加入）に加入していることを証明します。

### 記

加入者氏名           ○○  ○○  
生年月日           平成○○年○○月○○日  
住所               〒01〇-〇〇〇〇  秋田県秋田市〇〇〇〇〇  
電話番号           018-8〇〇-〇〇〇〇〇  
労働保険番号       05-1-01-940068-×××  
承認年月日       平成○○年○○月○○日  
労働保険更新日   令和△△年4月  1日  
次回更新期限日   令和××年3月31日

年度途中の加入の場合で、その年度中に証明を受ける場合は、特別加入承認年月日

令和〇△年□×月◇▽日

秋田SR経営労務センター

会長 館岡 睦彦

秋田県秋田市大町 3-2-44  大町ビル3F

018-863-1777