

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 〒010-0000 秋田県秋田市000000
電話番号 018-863-0000
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秋田SR経営労務センター事務委託開始日

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経営労務センターの証明日を記入しますので、記入不要

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 〒010-0000 秋田県秋田市0000
電話番号 018-800-0000
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○△年□×月◇▽日

秋田SR経営労務センターの証明
日を記入しますので、記入不要

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