

労保連労働災害保険加入証明書の発行をご希望の方は、この用紙に所要事項をご記入の上、
全国労保連本部の労働災害保険課へFAX等でご送付ください。加入証明書を作成し、送付致します。

＜労保連労働災害保険＞
加 入 証 明 書 作 成 依 頼 書

保 険 契 約 者	事業場の名称																	
	代 表 者																	
	所 在 地 (※送付先が事務組合の場合のみ記入省略可)		〒 ー															
労働保険番号			府 県		所 掌	管 轄			基 幹 番 号					枝 番 号			追 番	
					※	※	※											
保 険 期 間			年 月 日 午前0時から 年 月 日 午前0時まで															
労働保険事務組合名			(※複数枚依頼の場合は2枚目以降の記入省略可)															
加入証明書送付先			事務組合 ・ 事業場 どちらかに○															

一般社団法人 全国労働保険事務組合連合会
[FAX:03-3234-8880]

(注) この依頼書により取得する個人情報、当会保有個人情報の管理諸規則に基づき、労保連労働災害保険事業の管理、運営等に関し利用するものとし、法令に基づく場合を除き、第三者に提供いたしません。