《別紙1》

労働者災害補償保険特別加入者名簿

（　　　枚中の　　　）

被保険者証記号 90－

被保険者証番号	組合員氏名	職種	労働保険番号					備考
			府県	所轄	管轄	基幹番号	枝番	

※被保険者証の記号番号順に作成し、該当する者の調査票には「労災連記」欄に〇印をしてください。

上記の者は、労働者災害補償保険に基づく特別加入者であることを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

労働保険事務組合

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞