特 別 加 入 継 続 の 確 認 書（新事務組合用）

平成　　年　　月　　日

福岡労働局長　殿

　新事務組合労働保険番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
|  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　事業主の住所

　　　　　　　　　　事業主の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

私は、以下の旧労働保険番号から特別加入を継続します。

　旧事務組合名称

　旧事務組合労働保険番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
|  |  |  |  |  |

　旧事務組合での加入時健康診断の有無

（どちらか該当する方に〇をつけてください。）

　　　　　　　　　　無　→　添付書類不要

　　　　　　　　　　有　→　旧事務組合加入時の承認通知書（写）を添付

特別加入継続者氏名（代表者本人を含め、包括加入者全員について記入してください。）