

新	規	1
継	続	3
修	正	5

労保連労働災害共済契約申込書

労働保険番号	府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号	追	番
			※	※	※									

申 込 者	事業場の名称												印					
	事業主の氏名																	
	事業の所在地	〒	-													TEL	-	-
	ご連絡窓口												1ヶ月平均労働者数		人			

共 済 期 間	年	月	日	午前0時より
	年	月	日	午前0時まで

事業の種類(概要)	業種コード	① 基礎賃金総額
		千円
業種コード31~38(建設事業)の賃金総額算出は下のいずれかを○で囲んでください。		
<input type="radio"/> 請負金額×労務費率		<input type="radio"/> 実賃金

特 別 加 入 者	あり	特別加入者氏名	給付基礎日額
	なし		
② 特別加入者保険料算定基礎額合計			千円

① + ②	③ 掛金算出基礎賃金総額	千円
-------	--------------	----

ご選定の共済の型を○で囲んでお申し込み下さい。

申 込 内 容	共済の型	共済掛金額(死亡・障害・休業)	共済の型	共済掛金額(死亡・障害のみ)	申込口数
	<input type="radio"/> I A	円	<input type="radio"/> I B	円	
<input type="radio"/> II A	円	<input type="radio"/> II B	円		
<input type="radio"/> III A	円	<input type="radio"/> III B	円		
合計額				円	

事 務 組 合 記 入 欄	払込回数	1 回払	2 回払	3 回払	分割払の内訳	1 回目	円	2 回目	円	3 回目	円
	2分割, 3分割で端数が出る場合は1回目にお繰入れ下さい。										

事 務 組 合	組合名																	
	所在地	〒	-													TEL	-	-
	担当者名												全国労保連へ送付月日	平成	年	月	日	

前年度ご契約内容	型	円

▶ 折りまげ箇所

▶ 折りまげ箇所

事務組合控