

中小企業事業主労災保険特別加入申込書

(様式1号)

西日本中小企業労務協会
理事長 木原 悟 殿
Tel 06-6902-5149
Fax 06-6905-5419

労働保険番号 27112964085 枝番号 _____

フリガナ				
氏名				
生年月日	西暦	年	月	日生
〒	_____			
現住所	電話	携帯電話		
	FAX			
	メールアドレス			
業務又は作業内容				
加入有効期間	令和	年	月	日
加入希望日	令和	年	月	日
希望給付基礎 日額を○で囲 んで下さい。	3,500円	9,000円	20,000円	
	4,000円	10,000円	22,000円	
	5,000円	12,000円	24,000円	
	6,000円	14,000円	25,000円	
	7,000円	16,000円		
	8,000円	18,000円		

※ 年度途中の給付基礎日額の変更はできません。

	特定作業	最初に従事していた年月（西暦）	作業詳細
①	粉じん作業	年 月	
②	振動工具業務	年 月	
③	鉛業務	年 月	
④	有機溶剤業務	年 月	
⑤	除染作業	年 月	

上記①～⑤のいずれかの特定業種に従事されていた方は事前健康診断が必要です。
作業に従事されていない方は記載不要です。
事前健康診断が必要な方は申し込み後に受診機関などの詳細をご連絡します。

労働保険料は、指定日迄に一括納付でお願いします。
上記の保険料に加算して、協会費が必要です。

上記の通り貴会の会員となり、労働保険料の事務委託をします。

令和 年 月 日

氏名

