

〈全保連労働災害保険契約〉

申込書作成依頼書

労働保険事務組合名：

労働保険番号		3	9	※	※	※	9	3	0	0	7							
申 込 書	事業場の名称																	
	事業主の氏名																	
	事業の所在地	〒 —																
		TEL : — —																
	労働者数						人	業種コード										

① 基礎賃金総額（年間） 千円

保険契約期間			
平成	年	月	日から
平成	年	月	日まで

請負金額	千円
労務比率	%
業種コード31~38は労務比率により賃金総額を算出のこと	

特 別 加 入 者	特別加入者名	給付基礎日額	保険料算定基礎額（年額）
	_____	_____	_____円
	_____	_____	_____円
	_____	_____	_____円
	_____	_____	_____円
	_____	_____	_____円

特別加入者の
保険料算定基礎額（年額）

合計 _____円

千円未満切り捨て ↓

②
合計 _____千円

① + ②

掛金算出基礎賃金総額（年間） _____千円

(一社) 全国労働保険事務組合連合会

[FAX 03-3234-8880]