

中小事業主等特別加入申込書

特別加入予定者	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称	TEL	()	—
		FAX	()	—
		携帯	—	—
	氏名		事業主との関係	生年月日
	フリガナ		昭和 平成	年 月 日
	フリガナ		昭和 平成	年 月 日
	業務の具体的内容		労災保険	従業員数
			・ 適用あり ・ 適用なし	人
	就業時間・休憩時間		特別加入を希望する日	平成 年 月 日
就業時間：	時 分 ～ 時 分	希望する給付基礎日額	円	
休憩時間：	時 分 ～ 時 分			

建設業外HP申込書

重要事項説明

- 1 お支払いは、一括または年3回の分割納付になります。
- 2 労災保険料・事務取扱費の入金確認後、労災保険関係成立手続を開始します。
- 3 労働基準監督署に提出する書類に事業主印を押印していただきます。関係書類は郵送にてお送りしますので必ずご返送お願いいたします。
- 4 保険年度は4月1日より翌年3月31日迄とし、年度途中の解約はできません。(但し、事業廃止の場合は除く)
- 5 保険年度の更新手続き方法は、毎年3月上旬に継続・脱退の確認のための文書を送付します。連絡不能により、回答いただけない場合は、年度末をもって解約させていただきます。

労働保険事務組合 北都労政協会

会 長 村上 三基夫 殿

上記内容に同意します

特別加入希望者の氏名 _____ 印

_____ 印