

FAX 052-251-8866

支部:

労働保険申込書

ふりがな		ふりがな	
事業所名		事業主氏名	
事業所住所	〒		
TEL		FAX	
携帯		E-mail	
担当者氏名		担当者携帯	

職種		どちらかと言えば多い方に○	<input type="checkbox"/> 新築	<input type="checkbox"/> 既設	<input type="checkbox"/> 外部	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> 木造	<input type="checkbox"/> 鉄骨
事業開始年月日	年 月 日	年間の元請金額 (未定の場合見込み)※1	千円					
賃金	毎月 日締め <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日払い	年間の賃金総額 (未定の場合見込み)※2	千円					
従業員数	人	所定労働時間	午前	時	分	～午後	時	分

※1 元請とは、施主から直接請け負った工事です。建設会社等からの下請け工事は含みません。
 ※2 従業員(全員分)の年間の賃金総額を記入して下さい(控除前の総支給額)。③ 外注の方は従業員には含まれません。

◆中小事業主の特別加入を希望される方は記入(事業主・役員・家族専従者)

役職または事業主との関係	ふりがな加入者氏名	生年月日	給付基礎日額	希望加入月※3
代表取締役・事業主 その他()		年 月 日	円	月
		年 月 日	円	月
		年 月 日	円	月
		年 月 日	円	月

※3 加入月はさかのぼって加入する事は出来ません。

◆既に労働保険の適用事業所となっている場合は保険番号を記載してください。

労災保険番号		—		成立年月日	年 月 日
雇用保険番号		—		成立年月日	年 月 日
雇用保険事業所番号		—		設置年月日	年 月 日

重要

個人事業所は「事業主の運転免許証」と「確定申告書のB表(名称の確認できるもの)」、法人事業所は「登記簿謄本」と「代表者の運転免許証」のコピーを必ず添付してください。