

労働者災害補償保険
中小事業主等特別加入申込書
(労災保険・雇用保険)

平成 年 月 日より

事業	郵便番号7桁	〒 ー				
	(フリガナ)					
	所在地					
	(フリガナ)					
	名称					
	電話番号	()	ー			
	FAX 番号	()	ー			
	携帯電話	()	ー			
メールアドレス						
事業主	郵便番号7桁	〒 ー				
	(フリガナ)					
	所在地					
	(フリガナ)					
氏名	印					
特別加入者	氏名	フリガナ	役職名	給付基礎日額	生年月日	除染作業の有無
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
事業開始年月日		昭和・平成 年 月 日				
労働者数		人				
所定労働時間		時 分 ~ 時 分				
賃金締切日・支払日		毎月 日締：当・翌月 日払い				
労働者に対する年間賃金見込額		年間 円				
事業の概要						
備考						