

書類作成にあたり お聞きします

様

○特別加入者の情報

( ) 様

フリガナ

( ) 様

○生年月日 教えてください

( 年 月 日生まれ)

○特別加入日額金額

現場労災

( ) 円

○労災に係る業務の内容

( ) で /1000 になります

○就業時間

(8:00~17:00 休憩 12:00~13:00) でよろしいですか

○有機溶剤 振動工具(例、チェーンソーなど) 除染工事

過去 6 ヶ月以内で上記工事を継続的に行われたことはないですか  
ある場合は健康診断が必要となります。

(ある ない)

雇用保険の適用事業所番号をお知らせください

(0000-000000-0 の様な、合計 11 桁の番号になります)

( )

雇用保険の設置年月日をお知らせください

( )

御社の給与の締め日、支払日をお知らせください

( )

以上、宜しくお願いいたします。