

労災保険 特別加入者一覧表

労災保険に特別加入される方（代表者や従業員とはみなされない役員や家族従事者）、及び会社名、電話番号等について下の各表に記入しFAXやメール等で送信下さい。

会社名	電話番号	担当者様名
-----	------	-------

	ふりがな		役職名・続柄※1	性別	生年月日	希望する基礎日額 ※2 ※3	郵便番号	住 所
	氏	名						
記載例	ろうさい	たろう	代表取締役	男	昭和	3,500円	336-0967	さいたま市緑区 美園 6-8-10
	労 災	太 郎		女	平成			
1				男	昭和	円		
				女	平成			
2				男	昭和	円		
				女	平成			
3				男	昭和	円		
				女	平成			
4				男	昭和	円		
				女	平成			
5				男	昭和	円		
				女	平成			

※1 代表取締役、取締役、社長、院長、妻、夫、長男、次男、長女など、その方の役職名または続柄をご記入下さい。

※2 休業（補償）給付や傷病（補償）年金などは、選択した給付基礎日額を基に給付額が計算されるため選択した給付基礎日額が高ければ、給付される額も高くなりますが、負担する保険料も増加します。尚、労働災害・通勤災害に対する治療は、日額に関係なく療養（補償）給付を受けられ、必要な治療費は、原則全額給付されます。

※3 給付基礎日額は 3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 20,000円 22,000円 24,000円 25,000円 の中から選択頂けます。