

全福ワンコイン労災 加入申込書(兼 告知書)

< 申込記入欄 >

申込日 令和 年 月 日

貴社所属SC名	※添付のSC一覧より所属SC名をご記入下さい。	事業所番号 (会員番号)	
---------	-------------------------	-----------------	--

事業所名	カナ	右の記載事項を 了解の上、押印 下さい。	印	私は「全福ネットあんしん労災」のパンフレット、重要事項説明書の内容を承知・同意の上、本制度に申し込みます。 本申込書への記載事項は事実と相違ないことを誓約し、虚偽記載があった場合、共済金が支払われない事に同意します。 また、次回以降の掛金払込は年間一括払いとし、更新日まで に支払います。
	代表者名			

事業所連絡先	〒	カナ		
	住所	都道府県		
	TEL	() -	メール	@
	FAX	() -	アドレス	

申込内容	業種コード	加入者人数	1人あたりの口数	ご担当者	部署
					氏名

※お手続きの案内等はメールにて行ないますので、必ずご担当者のメールアドレスをご記入願います。

提出書類	①労働保険申告書(写)・労働保険特別加入申告書(写) ②労働保険料算定基礎賃金等の報告	左記①または②の書類をご提出ください。
------	--	---------------------

< 告知事項 : 該当する口にチェック☑をいれてください。「あり」の場合は詳細をご記入ください。 >

他の上乘せ労災補償の 保険契約がありますか。	<input type="checkbox"/> あり →	保険会社名		満期日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし	保険金額			円
直近5年間で国の労災保険の 申請(給付)を行った事例は ありますか。	<input type="checkbox"/> あり →	申請(給付)を行った国の労災保険の種類			
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 業務上災害死亡	<input type="checkbox"/> 通勤途上災害死亡	<input type="checkbox"/> 業務上後遺障害	<input type="checkbox"/> 通勤途上後遺障害

※申込書をご記入の上、申告書と併せて、下記のみでメール・FAX又は郵送にて送付ください。

(制度引受元) 友愛共済協同組合・全福ワンコイン労災係 〒130-0026 東京都墨田区両国4-37-2 TKF会館4階 TEL : 03-6659-5773 FAX : 03-6908-7611 E-mail : zenpuku-rousai@yuai-k.com
--