

労災共済のお見積りをご希望の方は、この用紙に所要事項を記入し、委託先の事務組合又は徳島労働保連(FAX088-653-2178)へFAX送信下さい。共済の掛金額を算出した共済契約申込書を作成し送付いたします。

〈労働災害共済契約〉
申 込 書 作 成 依 頼 書

労働保険事務組合名: _____

労働保険番号		※※※			
申 込 者	事業場の名称	_____			
	事業主の氏名	_____			
	事業の所在地	〒 _____	TEL _____	_____	
	労働者数	_____	人	業種コード	_____

共済契約期間	
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	午前0時から
平成 24 年 8 月 1 日	午前0時まで
(_____ ケ月間)	

① 基礎賃金総額(年間) _____ 千円

請負金額	_____ 千円
労務費率	_____ %
業種コード31~38は労務費率により賃金総額を算出のこと	

特別加入者氏名	給付基礎日額	円	保険料算定基礎額(年間)	円
_____	_____	円	_____	円
_____	_____	円	_____	円
_____	_____	円	_____	円
_____	_____	円	_____	円
_____	_____	円	_____	円

特別加入者の
保険料算定基礎額(年間) _____ 円

千円未満切り捨て



② 合計 _____ 千円

①+②
掛金算出基礎賃金総額(年間) _____ 千円

徳島県労働保険事務組合連合会
[FAX 088-653-2178]