

## 中小企業事業主労災保険特別加入必要書類

新規、委託の場合いずれも、別紙入会申込書、従業員雇用保険加入の  
場合は別紙雇用契約書にマイナンバーを必ず記入して  
0422-27-5230 まで fax して下さい。

また下記書類もあれば一緒に fax して下さい。(なければ結構です)

- 1、 作業員名簿(建設業の場合必ずある)
- 2、 法人の場合は謄本、工事請負契約書等、事業をやっていることがわ  
かるもの(確定申告書写とかでも可)
- 3、 委託換えの場合、雇用保険適用事業所台帳(写) 保健関係成立届  
(写)

以上よろしくお願ひ申し上げます。

〒180-0004

東京都武蔵野市吉祥寺本町 1-13-6 古谷ビル新館 904

TEL 0422-27-5235 FAX 0422-27-5230

東京労災事業主共済会

## 総合企業協会 入会申込書

FAX送信先0422-27-5230 ※運転免許証のコピーと一緒にFAXしてください  
東京労災事業主共済会 代表理事 殿

私は、総合企業協会の設立趣旨に賛同し、入会申し込み及び第一種特別加入を申し込みします。  
入会後は、定款および諸規定を遵守します。

フリガナ		性別
法人名又は個人名		男 女
(屋号)	( )	
住所	〒	
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	
電話		
FAX		
業務の具体的内容		
休憩時間	: ~ : / : ~ : / : ~ :	
粉塵作業を行う業務	なし あり → 年 月頃 ~ 年 月頃	
身体に振動を伴う業務	なし あり → 年 月頃 ~ 年 月頃	
鉛業務	なし あり → 年 月頃 ~ 年 月頃	
有機溶剤業務	なし あり → 年 月頃 ~ 年 月頃	
特別加入する希望の 給付基礎日額 (いずれかに○をして ください)	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	
振込先	後日 fax 等でお知らせしますのでご確認の上、お振込下さい。	

ここに運転免許証または国保被保険者証のコピーを貼 り下さい。

その他のコピー等はFAXでお申し込みの場合は同時にFAX送信してください。  
郵送の場合は、この申込書と同封してください。

# 雇用契約書

労働者	ふりがな		生 年 月 日	昭・平 年 月 日生
	氏名			
	現住所			TEL — —
下記労働条件で契約します				
雇用期間	1. 年 月 日～ 年 月 日まで      2. 期間の定めなし			
就業の場所				
仕事の内容				
就業の時間	: ~ :			
休憩時間	: ~ : / : ~ : / : ~ :			
休日				
賃金	月給・日給・時間給      詳細 (      )			
手当				
賃金支払	賃金締日 日 / 支払日 日 / 支給方法 ( 現金 ・ 振込 )			
適用保険	健康保険・厚生年金保険・雇用保険・労災保険 (該当する保険に○)			
昇給				
その他	※ ここに必ずマイナンバーを記入して下さい			
令和 年 月 日				
雇用者氏名				
労働者氏名 _____				