

労保連労働災害保険契約内容異動届

令和 年 月 日

一般社団法人全国労働保険事務組合連合会 御中  
下記のとおり異動したのでお届けします。

※現在契約中(異動前)の内容をご記入ください。		労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	追番
		.....	.....	※	※	.....	.....	.....
申 込 者	事業場の名称							お申込人印  印
	事業主の氏名							
	事業場の所在地	〒 TEL						

1 労保連労働災害保険契約の解約 解約日( 年 月 日)

解約の種類(a~cのいずれかに○)	
<input type="radio"/> a 事業場廃止(事業場廃止による委託解除を含む)	<input type="radio"/> c 任意解約 解約理由を下記にご記入ください。
<input type="radio"/> b 委託解除	

2 労保連労働災害保険契約内容の異動 異動日( 年 月 日)

異動後の事業場の名称							お申込人印  印
異動後の事業主の氏名							
異動後の事業場の所在地	〒 TEL						
事業の種類の変更	変更後の事業の種類( )業種コード( )						
特別加入者の変更	※特別加入者が追加する場合は氏名・給付基礎日額・労働災害保険に加入する日をご記入ください。						
労働保険番号の変更	※委託替えなどによる変更後の労働保険番号を記入してください。	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	追番
		.....	.....	※	.....	.....	.....

3 賃金総額の変更

a 現保険契約の賃金総額に比べ100分の50以下の変動が見込まれる場合
現保険契約の賃金総額( )千円・変動後の賃金総額( )千円
b 現保険契約の賃金総額に比べ100分の200以上の変動が見込まれる場合
現保険契約の賃金総額( )千円・変動後の賃金総額( )千円

取扱事務組合記入欄	取扱事務組合	組合名						
		所在地	〒					
		全国労保連への送付日	年 月 日					

全国労保連記入欄	受付日	台帳処理日		
	備考	保険料の追徴		
		保険料の返還		
		精算処理日		

※本用紙の3枚目は貴社(殿)の控えになっておりますので、上2枚を取扱事務組合へご提出ください。

(注)この異動届により取得する個人情報、当会保有個人情報の管理諸規則に基づき、労保連労働災害保険事業の管理、運営等に限り利用するものとし、法令に基づく場合を除き、第三者に提供いたしません。

