

支部・協会

労働保険事務委託相談受付票

		受付日	月	日
名 称		代表者氏名		
所 在 地	〒 _____			
	※個人の場合は事業主住所も記入してください			
電 話 番 号	(_____) _____			
メ ー ル ア ド レ ス	_____ @ _____			
ご 担 当 者 氏 名	_____			
賛 助 会 員	<input type="checkbox"/> _____ 支部・協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員 会員番号 _____			
労働保険加入状況 2または3の場合、 現在加入の労働保険番号 および 雇用保険事業所番号	<input type="checkbox"/> 1. 新規 <input type="checkbox"/> 2. 個別 → 委託 <input type="checkbox"/> 3. 委託替 _____ 27 _____ _____ 27 _____ _____ 27 _____ _____ 設置年月日 _____ 年 月 日			
業 種	※企業全体の労働者数により、事務委託できない場合があります			
労働者の人数	労災	人	雇用	人
賃金総額	労災	円	雇用	円
委託希望日	_____ 年 _____ 月 _____ 日			
特別加入の希望 有 の 場 合	※特別加入の加入承認日は最短で労働局が受付をした翌日になります。 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 氏名 _____ 給付基礎日額 _____ 円 氏名 _____ 給付基礎日額 _____ 円			

労働保険事務組合
公益社団法人

大阪労働基準連合会

電話 06-6942-7404 (直通)

FAX 06-6942-7402

メール jimukumiai@daikiren.or.jp