# 別紙３

労働者災害補償保険　給付基礎日額変更申請書

**（特別加入の変更・脱退・新規は本申請書にご記入をお願いいたします。）**

**労働保険番号・事業所名**

**必要な方のみ提出願います**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **労働保険番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **事業所名** |  |

**給付基礎日額の変更・脱退希望の場合**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **整理番号** | **変更を希望する****特別加入者氏名** | **現在の****給付基礎日額** | **今回希望する****給付基礎額** | **脱退の場合****☑を記入** |
|  |  | 円 | 円 | □ |
|  |  | 円 | 円 | □ |
|  |  | 円 | 円 | □ |

**新たに加入を希望の場合(複数人おられる場合はコピーしてお使いください)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **異動年月日** | 年　　　　月　　　　日 | **業務内容** |
| **フリガナ** |  |  |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | 年　　　　月　　　　日 |
| **事業主との関係** | 1.本　人　　２．役　員（　　　　　　　）3.家　族（　　　　　　　） | **除染作業** | 有　　・　　無 |
| **特定業務** | 1.粉塵　　　2.振動工具　　　3.鉛　　　4.有機溶剤　　　5.該当無し |
| **始業及び終業時間** | 時　　　　分　～　時　　　　分　（休憩　　　　時　　　　分　～　　時　　　　分） |
| **最初に従事した年月** | 年　　　　　　　月 | **従事した****期間の合計** | 年間　　　　ケ月 |
| **希望する給付基礎日額** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

※脱退または新たに加入をご希望の場合は、ご記入のうえ串本町商工会までご連絡お願いたします。ＴＥＬ　０７３５－６２－００４４