

(引受元 友愛共済協同組合)

## 全福ワンコイン労災 加入申込書(兼 告知書)

<申込記入欄>

申込日 令和 ● 年 10 月 1 日

所属サービスセンターの名称をご記入ください。	所属SC名	※添付のSC一覧より所属SC名をご記入下さい。 ○○○○SC	事業所番号(会員番号)	123456	所属SCの事業所番号をご記入ください。

内容確認 いただき ご署名ご 捺印くだ さい。	事業所名	カナ ゼンブクショウジ 全福商事	右の記載事項を了解の上、押印下さい。	私は「全福ネットあんしん労災」のパンフレット、重要事項説明書の内容を承知・同意の上、本制度に申し込みます。 本申込書への記載事項は事実と相違ないことを誓約し、虚偽記載があった場合、共済金が支払われない事に同意します。 また、次回以降の掛金払込は年間一括払いとし、更新日まで支払います。
	代表者名	カナ ゼンブクタロウ 全福 太郎		

労働保険申告書記載の「業種」をご確認頂き、ご記入下さい。	事業所連絡先	〒	1 3 0 - 0 0 2 6	カナ	スマダク	リョウゴク	1-1-1
		住所	東京	都道府県	墨田区	両国	1-1-1
		TEL	( 090 ) 3333 - 5555	メール	zenpuku-tarou @ gmail.com		
		FAX	( 03 ) 6666 - 5555	アドレス			

※お手続き案内等はメールにて行ないますので、必ずご担当者のメールアドレスをご記入願います。

申込内容	業種コード	加入者人数	1人あたりの口数	ご担当者	部署	事務局
	94	10	3		氏名	全福 花子

各業種ごとの最大加入口数内でご記入下さい。詳しくは、HP又は添付の「補償内容表」にてご確認ください。	提出書類	①労働保険申告書(写) 又は 労働保険特別加入申告書(写) ②労働保険料算定基礎賃金等の報告	左記①または②の書類をご提出ください。
--	------	---	---------------------

<告知事項 : 該当する口にチェック☑をいれてください。「あり」の場合は詳細をご記入ください。>

他の上乗せ労災補償の保険契約がありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> あり →	保険会社名	○×損害保険	満期日	●年9月30日
	<input type="checkbox"/> なし	保険金額	10,000,000 円		
現在ご契約中の内容をご記入下さい。	直近5年間で国の労災保険の申請(給付)を行った事例はありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> あり →	申請(給付)を行った国の労災保険の種類		
		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 業務上災害死亡	<input type="checkbox"/> 通勤途上災害死亡	<input type="checkbox"/> 業務上後遺障害

※申込書をご記入の上、申告書と併せて、下記までメール・FAX又は郵送にて送付ください。

(制度引受元) 友愛共済協同組合・全福ワンコイン労災係  
〒130-0026 東京都墨田区両国4-37-2 TKF会館4階  
TEL : 03-6659-5773 FAX : 03-6908-7611  
E-mail : zenpuku-rousai@yuai-k.com