


全地連 労災上積み補償制度見積依頼書 兼 加入申込票 兼 保険料の確定精算省略に関する同意書兼告知書

保険契約について重要な事項に関する説明書類を受け取り、加入内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

加入申込日	年 月 日	加入者番号	
【加入申込人】 住 所 電話及びFAX	〒	TEL	
		FAX	
会 社 名 代 表 者 名		 担当者名 所属名 役 職 氏 名	
保 険 期 間	2019年9月1日(午後4時)から2020年9月1日(午後4時)まで *新規にご加入の会社は、2019年9月1日(午前0時)から2020年9月1日(午後4時)までです。		
保険料の払込方法	<input type="checkbox"/> 月払口座振替 <input type="checkbox"/> 年払(一時払)		
保 険 種 類	<input type="checkbox"/> 制度1 労働災害補償保険	<input type="checkbox"/> 制度2 ¹ 団体総合生活補償保険(MS & AD 型)	
加 入 形 式	定額 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> D型 その他の場合、裏面「法定外補償」に記入ください。	<input type="checkbox"/> 加入する (<input type="checkbox"/> 型 <input type="checkbox"/> 型 <input type="checkbox"/> 型) 加入人数 ____ 人 <input type="checkbox"/> 加入しない この保険は政府労災未加入の方が対象です	
オ プ シ ョ ン	休業補償 加入する 加入しない 職業性疾病 加入する 加入しない 使用者賠償 加入する 加入しない 使用者賠償に加入する場合、裏面「使用者賠償」に記入ください。	入院補償 <input type="checkbox"/> 加入する <input type="checkbox"/> 加入しない	ISO/HACCP 等認証 あり (ISO/HACCP 等割引適用あり) なし (ISO/HACCP 等割引適用なし)

事業内容	売上高(千円) *2	人数(94コード) *3	申込会社事業主の特別加入者氏名*4
地質調査業(37コード)		記入不要	() () () () ()
その他建設事業(37コード)			() () () () ()
建築事業(35コード)			() () () () ()
建設コンサル(94コード)	記入不要	労働保険(94コード)の申告人数 名	() () () () ()
測量業(94コード)			() () () () ()
事務職(94コード)			() () () () ()
業 務 中 傷 害		名	() () () () ()
労働災害上積み補償保険料	円	合計 (月払)月額保険料合計	円
業務中傷害補償保険料	円	(一時払)年額保険料	円

*1 業務中傷害補償(団体総合生活補償保険)に加入の場合は、事業主や下請負人等で政府労災保険に特別加入していない人が対象となり、「政府労災未加入者名簿」を提出してください。
 *2 売上高は最近決算年度末における、地質調査業、その他建築事業、建築事業の年間売上高を記入してください。
 *3 人数は最近の労働保険概算保険料申告書(94コード)の平均被用者数(常時使用労働者数)を記入してください。
昨年度と同じ人数の場合は、別途「労働災害総合保険 被用者数報告書(法定外補償定額式)」をご提出ください。
この場合、最近決算期間における過去1ヵ年の月ごとの人数をご報告いただきます。(94コードのみが必要です)
 *4 申込会社事業主とは、いわゆる選任役員のことをさし、かつ政府労災保険に特別加入されている方は、氏名と該当コードを記入していたら、当補償制度の対象となります。
 保険料の確定精算省略に関する事項
 保険契約締結にあたり、同時にセットする「保険料確定特約(直近会計年度未用)」の内容を承認し、上記記載の売上高等の数値を最近の決算(会計)年度における数値として申告し、同意した上で加入申し込みます。

告知事項	他の保険契約等(労災上積み補償)
同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか	あり なし
保険会社名	
保険種類	
支払限度額	万円
満期日	月 日

他の保険契約等(業務中傷害補償(団体総合生活補償保険))(注)	
同種の危険を補償する他の保険契約等がありますか	あり なし
傷害死亡・後遺障害保険金額(合計)	万円
傷害入院保険金日額(合計)	円
傷害通院保険金日額(合計)	円

この項目は告知事項となります。故意または重大な過失により、お申し出いただかなかった場合や、お申し出いただいた事項が事実と異なっている場合にはご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

(注)被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険(積立タイプ)、学生・子ども総合保険等の身体の障害に対して保険金が支払われる他の保険契約等をご記入ください。(団体契約、生命保険、共済を含みます。)

本制度は一般社団法人全国地質調査業協会連合会を保険契約者とし全地連の各地区協会会員を加入者ならびに被保険者(補償の対象となる方)とする労働災害総合保険および団体総合生活補償保険の団体契約です。ご加入にあたってはパンフレットをご参照ください。

加入方式 「法定外補償タイプ」

法定外補償		定額方式	定率方式
補償内容		定額 / 定率	定額 / 定率
死亡		万円 / 日分	8級 万円 / 日分
1級		万円 / 日分	9級 万円 / 日分
2級		万円 / 日分	10級 万円 / 日分
3級		万円 / 日分	11級 万円 / 日分
4級		万円 / 日分	12級 万円 / 日分
5級		万円 / 日分	13級 万円 / 日分
6級		万円 / 日分	14級 万円 / 日分
7級		万円 / 日分	
		オプション	休業 円 / %

加入方式 「使用者賠償補償」

・「1名につき」「1災害につき」の支払限度額に○、または、その他に金額を記入ください。

支払限度額

1名につき	1災害につき
○ 1,000万円	○ 2,000万円
○ 3,000万円	○ 3,000万円
○ 5,000万円	○ 5,000万円
○ 1億円	○ 1億円
○ 3億円	○ 3億円
その他 _____円	その他 _____円

その他特記事項

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 行

証券番号： _____

保険期間： 2019年9月1日～2020年9月1日 _____

労働災害総合保険 被用者数報告書（法定外補償定額式）

労働災害総合保険の規定により、下記のとおり被用者数を通知します。

保険契約者または被保険者： _____ 印

加入者番号： _____

最近の労働保険年度末過去1カ年における人数を月ごとにご報告ください。**（例）2019年3月の場合：2018年4月、2018年5月、2018年6月・・・2019年3月までの人数となります。**

事業所名 (内容) 事業種類コード	報告月分・被用者数						
	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	合計
	名	名	名	名	名	名	名
	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	平均(÷12)
	名	名	名	名	名	名	名
	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	平均(÷12)
	名	名	名	名	名	名	名
	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	平均(÷12)
							合計
							名
全事業所(種類) 合計							平均(÷12)
							名

(注) アルバイト、臨時雇用者、特別加入者等を含む場合は被用者数に含めてご報告ください。

本通知書に記載されている数値が確定数値に相違ないことを確認の上、受領しました。

募集人 _____