

全地連「労災上積み補償制度」保険料見積り依頼

1. 会社名 _____
 住所 〒 _____

2. ご返信先 : (ご所属) _____ (お名前) _____
 (T E L) _____ (F A X) _____
 (メール) _____

3. ご希望の補償タイプ にレ印ください。

A型 B型 C型 D型 自由設計→別紙に記入

使用者賠償⇒ 加入する 加入しない

加入の場合⇒支払限度額(1名につき・1事故につき)

→別紙に○、または金額を記入

休業補償(休業1日4,000円)⇒ 加入する 加入しない

職業性疾病⇒ 加入する 加入しない

業務中傷害補償(団体総合生活補償保険)⇒ 加入する(人数 _____ 人) 加入しない

加入の場合⇒ 入通院補償 加入する 加入しない

I S O 認証(9000, 14000)⇒ 認証あり 認証なし

払込方法⇒ 月払 年払

4. 売上高・人数

事業内容		売上高(千円)	人数(94コード)	特別加入者 人数
I	地質調査業(37コード)		記入不要	94コード _____ 人
	その他建設事業(37コード)			37コード _____ 人
	建築事業(35コード)			35コード _____ 人
	建設コンサル(94コード)	記入不要	(注)	
	測量業(94コード)			
	事務職(94コード)			_____ 人
II	業務中傷害(役員等ご希望の場合)		_____ 人	

(注)94コードの人数は、労基署に94コード(その他各種事業)の概算保険料申告をされている場合は、その常時使用労働者数を記入。申告されていない場合は在籍人数を記入ください。

●加入方式 「法定外補償タイプ」自由設計

法定外補償		<input type="checkbox"/> 定額方式	<input type="checkbox"/> 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