

## 各種保険加入調査票

貴社名 \_\_\_\_\_

ご担当 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

## 1. - 1 会社組織の協力業者様

労働保険（政府労災）に加入していますか？

① 加入している（労働保険番号： \_\_\_\_\_）

② 加入していない

## 2. - 2 個人事業者の方

一人親方労災保険に加入していますか？

① 加入している

② 加入していない

## 2. 労災保険の法定外補償保険に加入していますか？

① 加入している          ② 加入していない

加入している場合は(1)(2)(3)をご記入ください

※保険証券の写しを添付して頂ける場合は、記入不要です

(1) 保険の種類は？

① 労働総合保険    ② 傷害保険    ③ 生命保険    ④ その他

保険会社名	満期日	平成	年	月
_____	_____	_____	_____	_____

保険会社名	満期日	平成	年	月
_____	_____	_____	_____	_____

(2) 加入している保険の対象者は？

① 自社の従業員のみ          ② 自社の従業員及び下請け業者の従業員

(3) 加入している保険内容は

① 死亡保険金    ② 後遺障害保険金    ③ 重度後遺障害賠償支払保険金

④ 入院    ⑤ 通院    ⑥ 休業補償    ⑦ 治療実費

⑦ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 3. 現場作業中の賠償事故が発生した場合の保険に加入していますか？

① 加入している

保険会社名	満期日	平成	年	月
_____	_____	_____	_____	_____

② 加入していない

以上