

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

社会保険加入状況について

- ・健康保険 (健康保険組合: _____)
- ・厚生年金保険 (事業所整理番号: _____)
- ・雇用保険 (事業所番号: _____)
- ・加入していない

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

1-2 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