

(下請特約様式第2号)

元請事業の概要（ 年度）

保險關係成立年月日
年 月 日

元請事業の 労働保険番号	府県		所掌	管轄		基幹番号						枝番号		
			※	※	※									

事業開始年月日	事業終了年月日
年 月 日	年 月 日

元 請 事 業	事業場の名称	
	事業主の氏名	
	事業場の 所在地	〒 ー TEL ー ー

事業の種類	業種コード*

◇ 労保連労働災害保険下請特約契約事業場 ◇

年 月 日

[illegible]

事業場の名称		印
事業主の氏名		
事業場の所在地	〒 ー TEL ー ー	

(注) この様式により取得する個人情報、当会保有個人情報の管理諸規則に基づき、労保連労働災害保険事業の管

理、運営等に限り利用するものとし、法令に基づく場合を除き、第三者に提供いたしません。