

(下請特約様式第3号)

労保連労働災害保険下請事業担保特約
加入者名簿

令和 年 月 日

一括有期事業の 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基 幹 番 号					枝番号			追番	
			※	※	※								

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

事業の種類	業種コード

番号	保険契約加入者氏名	希望給付基礎日額	保険料算定基礎額	備 考
合 計			人	円

(注) この加入者名簿により取得する個人情報は、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。

※加入者名簿に書ききれない場合は、別途名簿を添付してください。

加入対象者給付基礎日額表

給付基礎日額	保険料算定基礎額	給付基礎日額	保険料算定基礎額
25,000円	9,125,000円	10,000円	3,650,000円
24,000円	8,760,000円	9,000円	3,285,000円
22,000円	8,030,000円	8,000円	2,920,000円
20,000円	7,300,000円	7,000円	2,555,000円
18,000円	6,570,000円	6,000円	2,190,000円
16,000円	5,840,000円	5,000円	1,825,000円
14,000円	5,110,000円	4,000円	1,460,000円
12,000円	4,380,000円	3,500円	1,277,500円

なお、給付基礎日額を選定するに当たっては、加入者の所得水準に見合った適正な額としてください。

(注) 事業場の名称・事業主の氏名・事業の種類・保険料算定基礎額については保険約款第 20 条の告知義務に該当する項目となりますので、内容に誤りが無いように特にご注意ください。

（記入例 式第3号）

労保連労働災害保険下請事業担保特約
加入者名簿

令和 元 年 7 月 21 日

一括有期事業の 労働保険番号	府県		所掌	管轄		基 幹 番 号					枝番号			追番	
	1	3	※	※	※	9	0	0	0	0	5	0	0	1	1

事業場の名称	山 田 建 設 株 式 会 社	印
事業主の氏名	山 田 太 郎	
事業場の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千代田区〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

事業の種類	業種コード
建設事業	35

番号	保険契約加入者氏名	希望給付基礎日額	保険料算定基礎額	備 考
1	田中 一郎	3,500	1,277,500	
2	田中 二郎	5,000	1,825,000	
3	田中 三郎	10,000	3,650,000	
4	高橋 一郎	3,500	1,277,500	
5	高橋 二郎	5,000	1,825,000	
6	高橋 三郎	10,000	3,650,000	
7	渡辺 一郎	3,500	1,277,500	
8	渡辺 二郎	5,000	1,825,000	
9	渡辺 三郎	10,000	3,650,000	
合 計		9 人	20,257,500 円	

（注）この加入者名簿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。

※加入者名簿に書ききれない場合は、別途名簿を添付してください。

加入対象者給付基礎日額表

給付基礎日額	保険料算定基礎額	給付基礎日額	保険料算定基礎額
25,000円	9,125,000円	10,000円	3,650,000円
24,000円	8,760,000円	9,000円	3,285,000円
22,000円	8,030,000円	8,000円	2,920,000円
20,000円	7,300,000円	7,000円	2,555,000円
18,000円	6,570,000円	6,000円	2,190,000円
16,000円	5,840,000円	5,000円	1,825,000円
14,000円	5,110,000円	4,000円	1,460,000円
12,000円	4,380,000円	3,500円	1,277,500円

なお、給付基礎日額を選定するに当たっては、加入者の所得水準に見合った適正な額としてください。

（注）事業場の名称・事業主の氏名・事業の種類・保険料算定基礎額については保険約款第20条の告知義務に該当する項目となりますので、内容に誤りが無いように特にご注意ください。