

# 労災保険更新回答票

(FAXで送信可ー03-5275-2851)

①現在ご加入の労災保険特別加入を更新しますか？(必ずお答え下さい)

続ける / やめる

②更新するとお答えの場合、現在の給付基礎日額を変更しますか？  
(必ずお答え下さい)

変える / 変えない

③給付基礎日額をいくらにしますか？(②で変更すると回答された方のみ)

給付基礎日額を \_\_\_\_\_ 円にする。

給付基礎日額	請求額合計	給付基礎日額	請求額合計
5,000円	57,175円	12,000円	105,720円
6,000円	64,110円	14,000円	119,590円
7,000円	71,045円	16,000円	133,460円
8,000円	77,980円	18,000円	147,330円
9,000円	84,915円	20,000円	161,200円
10,000円	91,850円		

④加入証明書に記載された現住所等に変更はありませんか？

あり / なし

ありの場合ー新住所 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

⑤労災保険特別加入を更新しない場合は、その理由をご回答下さい。  
イ. 会社に雇用され、一人親方に該当しなくなったので。  
ロ. 労働者を常時使用(年間100日以上使用)することになったので。  
ハ. 他の一人親方団体に移行することになったため。  
ニ. 海外で仕事をするため、日本の労災保険に加入する必要がなくなったため。  
ホ. その他 ( \_\_\_\_\_ )

お申し込み日：平成22年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名・お名前 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※新しい証明書と領収書はゆうパックで送付します。住所変更もしくは現住所以外の元請等に送付を希望される場合はこの下に宛先・住所・電話番号をご記入下さい。  
郵便番号 \_\_\_\_\_