

委託変更に伴う特別加入者の継続加入確認書

※朱書きが新しく追加、修正した箇所

① 事業主の氏名 <small>(法人その他の団体であるときはその名称)</small>													
② 申請に係る事業	イ 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号		
	フリガナ												
	口 名称												
	ハ 事業場の所在地												
③ 特別加入者の状況													
フリガナ氏名	生年月日	事業主との関係 <small>(該当するものを○で囲んでください。)</small>						継続加入・脱退の別 <small>(該当するものを○で囲んでください。)</small>					
給付基礎日額 円		代表者・役員・家族(続柄)						継続加入・脱退					
給付基礎日額 円		代表者・役員・家族(続柄)						継続加入・脱退					
給付基礎日額 円		代表者・役員・家族(続柄)						継続加入・脱退					
給付基礎日額 円		代表者・役員・家族(続柄)						継続加入・脱退					
給付基礎日額 円		代表者・役員・家族(続柄)						継続加入・脱退					
* 新規加入者および承認内容に変更(業務内容、給付基礎日額等)がある者については、別に「特別加入に関する変更届」の申請が必要です。													
④ 労働保険事務処理委託年月日				令和 年 月 日									
⑤ 旧事務組合の委託解除年月日 <small>(委託解除通知書又は委託解除届の事業主控えの写しを添付)</small>				令和 年 月 日									
⑥ 労働保険事務組合の証明 上記の特別加入者の継続加入等について確認したことを証明します。													
令和 年 月 日				名 称 _____ 郵便番号 _____ 電話番号 _____ 所在地 _____ 代表者の氏名 _____ 印									