

告知事項（ご加入いただく保険について、それぞれ下記告知事項へのご記入をお願いいたします）

◆使用者賠償責任保険			
※ 告知事項	1. 本制度と同種の補償を受ける他の保険契約がありますか。	保険会社	
		満期日	保険金額
2. 本制度の補償対象となる事故について、将来労災認定を受けるおそれのある事実が既に発生している事を知っていますか。 該当する事実がある場合は、右欄に具体的な内容をご記入ください。	内容		
◆労働災害総合保険			
※ 告知事項	1. 本制度と同種の補償を受ける他の保険契約がありますか。	保険会社	
		満期日	保険金額
2. 本制度の補償対象となる事故について、将来労災認定を受けるおそれのある事実が既に発生している事を知っていますか。 該当する事実がある場合は、右欄に具体的な内容をご記入ください。	内容		

※告知事項に該当するものがない場合はご記入不要です。

使用者賠償保険・労働災害総合保険 対象事業所一覧

（選択加入方式の場合、下記に対象事業所をご記入ください）

◆使用者賠償責任保険			
No.	対象事業所の名称	対象事業所の所在地	賃金総額
例	介護老人保健施設A B C D	東京都港区芝公園4-1-65	11,000 万円
1			万円
2			万円
3			万円
4			万円
5			万円
6			万円
7			万円
8			万円
9			万円
10			万円
◆労働災害総合保険			
No.	対象事業所の名称	対象事業所の所在地	職員数
例	介護老人保健施設A B C D	東京都港区芝公園4-1-65	88 名
1			名
2			名
3			名
4			名
5			名
6			名
7			名
8			名
9			名
10			名

※上記に書ききれない場合は本用紙をコピーしてご利用くださるようお願いいたします。