

全国舞台テレビ照明事業協同組合(全照協) 行
 (FAX:03-5577-7845)
 (TEL:03-5577-7844)

業務災害安心総合保険、新規加入見積依頼書

保険契約者 (申込人)	氏名 (法人名・ 代表者名)	フリガナ					
	住所	フリガナ					
		〒	-	TEL	-	-	
窓口		担当者様名	連絡先		FAX番号		
ご希望加入コース(ご希望コースに○)	A	B	C	D	その他		
ご希望被保険者範囲(ご希望に○)	役員+従業員	従業員のみ	役員+従業員+臨時雇用(アルバイト・パート)	従業員+臨時雇用(アルバイト・パート)	その他		
被保険者数について (ご希望の被保険者範囲のみ ご回答で結構です)	役員数	名	従業員数	名	最大臨時雇用者数 (1日の最大雇用者数)	名	
必要書類	「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書」(表紙のみ)						
要望等							

* 天災(地震・津波等)もオプションとして付帯可能です。

FAXを頂き次第、こちらからご連絡しお見積もりをさせていただきます。

以 上