特様式第2号

労働者災害補償保険 給付基礎日額変更申請書

（特別加入）

帳票種別 3 6 2 4 5

労働保険番号

府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号

※印の欄は記載しないでください。（職員が記載します。）

※受付年月日	7 平成 元号 年 月 日
	1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ

労働局長 殿

年 月 日

郵便番号 -

電話番号 - -

住 所

保険加入者の

氏 名 印

(法人その他の団体のときはその名称及び代表者の氏名)

下記のとおり給付基礎日額の変更を申請します。

(枚の内 1 枚目)

※ 整理番号	変更を希望する特別加入者の氏名	現在の給付基礎日額	今回希望する給付基礎日額

折り曲げる場合には（▶）の所で折り曲げてください。

〔注意〕

1. 変更を希望する特別加入者が多数おり氏名欄に記載することができない場合は、続紙を付して記載すること。
2. 「保険加入者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。