労働者災害補償保険特別加入給付基礎日額訂正願

（提出日）令和　　　年　　　月　　　日

三重労働局長　殿

（中小事業主または一人親方等）

住所

氏名

（労働保険事務組合または特別加入団体）

主たる事務所の所在地

代表者の氏名

令和　　　年　　　月　　　日付けにて労働者災害補償保険特別加入申請書・特別加入に関する変更届・給付基礎日額変更申請書を提出し、希望する給付基礎日額を届け出た下記の者について、下記理由により訂正を願い出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 労働保険番号 |  |
| 訂正対象者氏名 | 生年月日 | 訂正理由 | 訂正前給付基礎日額 | 訂正後給付基礎日額 |
|  | 年月　日 | 1 収入や所得の実態から乖離2 労災則に定めのない日額を記載3 その他(　　　　　　　　) | 円 | 円 |
|  | 年月　日 | 1 収入や所得の実態から乖離2 労災則に定めのない日額を記載3 その他(　　　　　　　　) | 円 | 円 |
|  | 年月　日 | 1 収入や所得の実態から乖離2 労災則に定めのない日額を記載3 その他(　　　　　　　　) | 円 | 円 |

以上