特様式第2号（続紙）

(1) 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。）

（　　枚の内　　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