

一人親方特別加入申込書

フリガナ				印
氏 名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
住所・連絡先	〒	携帯電話		
		TEL		
業務・作業内容 (例:大工、クロス貼り)				
特定業務従事歴の 有無及び従事期間 (○を付けて期間記入)	1. 粉じん作業を行う業務	年 月から	年 月まで	
	2. 振動工具使用の業務	年 月から	年 月まで	
	3. 鉛業務	年 月から	年 月まで	
	4. 有機溶剤業務	年 月から	年 月まで	
	5. 該当なし	年 月から	年 月まで	
除染作業の有無	有 ・ 無			
加入希望年月日	令和 年 月 日			
希望する給付 基礎日額 (いずれかに○)	3,500円 ・ 4,000円 ・ 5,000円 ・ 6,000円 ・ 7,000円 ・ 8,000円 ・ 9,000円 ・ 10,000円			
	12,000円 ・ 14,000円 ・ 16,000円 ・ 18,000円 ・ 20,000円 ・ 22,000円 ・ 24,000円 ・ 25,000円			
免許証番号 国保証記号・番号				

上記の通り、貴団体に加入し労災保険事務処理を委託します。

※指定期日までにお支払いがない場合、連絡が取れない場合は、自動的に脱退とします。

※特定業務該当者は健康診断の受診が必要となります。受診のない場合、認定不受理となります。