

## 一人親方労災特別加入申込書(建設業)

下記の事項を承諾の上 貴組合へ労災保険特別加入を申し込みいたします。

1. 労災特別加入前の特定業務従事歴は事実と相違ありません。また一定期間従事し、健康診断(無料)の必要がある場合は必ず指定された医療機関にて受診いたします。
2. 休業補償給付(休業給付)は休業4日目以降、全部労働不能日を請求します。

申込日	年	月	日			
フリガナ						
会社名(屋号)						
フリガナ				昭和・平成		
加入者名				生年月日	年	月 日
住所	〒					
電話番号				携帯番号		
FAX番号				メールアドレス		
事業内容 (例:大工工事)					除染作業	有・無
労災特別加入前の 特定業務従事歴  1-4に該当する場合 振動工具名や 有機溶剤を記入	特定業務従事歴の有無		従事期間(通算)		使用している振動工具名・有機溶剤	
	1 粉じん作業	年	月	~	年	月迄
	2 振動作業	年	月	~	年	月迄
	3 有機溶剤業務	年	月	~	年	月迄
	4 鉛業務	年	月	~	年	月迄
5 従事歴なし						
給付基礎日額	3,500円	4,000円	5,000円	6,000円	7,000円	8,000円
希望日額に○をつけてください。	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		
加入希望年月日	平成	年	月	日	支払方法	一括・分割
緊急連絡先 (親族・元請等)	ご関係					
	氏名				電話番号	
備考(加入経路等)	ご紹介( )様)・HP(キーワード; )・他( )					
	<input type="checkbox"/> 次期/年度からの 連絡・書類送付・支払 を本人以外に希望する					
	連絡先	氏名				
	→ 住所	電話番号				

加入申込書は記入後、本人確認書類と一緒に下記へFAX願います。

※本人確認書類【顔写真付は1点(運転免許証など。)顔写真のないものは2点(保険証と年金手帳など)】

# FAX 011-788-9558