

運送業 NO.

## 一人親方労災特別加入申込書(運送業)

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	令和      年      月      日						
フリガナ							
会社名(屋号)							
フリガナ				生年月日	昭和・平成		
加入者名				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
給付基礎日額 希望日額に○をつけてください。	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	支払方法		一括・分割		
加入希望年月日	令和      年      月      日						
緊急連絡先 (親族・元請等)	ご関係	氏 名			電話番号		
継続加入の場合	次期の	支払は口座振替を		希望する・希望しない	更新案内は TEL・FAX・メール 希望		
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 氏	名			.....		
絡 電	話 番 号			.....			
先 電	話 番 号			.....			
→ 住	所			.....			

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