

整理番号		承認決定日	年	月	日	承認番号			
------	--	-------	---	---	---	------	--	--	--

一人親方等労災保険特別加入

法研一人親方会 入会申込書

※枠内及び誓約書署名欄を記入のうえご送付ください。

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		フリガナ		
加入者氏名	Ⓜ	事業所名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女	
現住所	〒			
電話番号	TEL(自宅) - - (携帯) - - FAX - -			
業務・作業内容 ※具体的に				
特定業務の 経 験	従事期間により加入前 健康診断が必要な業務	左記の業務に 従事した通算期間		ある方はその業務歴 (開始年月と従事期間)
	粉じん作業を行う業務	3年以上	ある・ない	年 月から 年 月間
	振動工具使用の業務	1年以上	ある・ない	年 月から 年 月間
	鉛 業 務	6カ月以上	ある・ない	年 月から 年 月間
	有 機 溶 剤 業 務 (使用した有機溶剤名)	6カ月以上	ある・ない	年 月から 年 月間
加入希望日	令和 年 月 日 (ずれることがあります)			
希望する給付基礎日額に☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 5,000円	<input type="checkbox"/> 9,000円	<input type="checkbox"/> 16,000円	<input type="checkbox"/> 24,000円
	<input type="checkbox"/> 6,000円	<input type="checkbox"/> 10,000円	<input type="checkbox"/> 18,000円	<input type="checkbox"/> 25,000円
	<input type="checkbox"/> 7,000円	<input type="checkbox"/> 12,000円	<input type="checkbox"/> 20,000円	
	<input type="checkbox"/> 8,000円	<input type="checkbox"/> 14,000円	<input type="checkbox"/> 22,000円	
保険料等納入方法(口座振替)	<input type="checkbox"/> 分割納付 (年3回 (3月・7月・11月))		<input type="checkbox"/> 年一括納付	
紹介者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	紹介者氏名		

誓 約 書

「法研一人親方会」への加入に際し、下記の事項を承諾し、遵守することを誓約いたします。

1. 作業に従事する際は、労働安全衛生法、規則の関係条項を遵守し、業務災害の防止と安全に努めます。
2. 年度更新時については、特別加入の変更及び給付基礎日額の変更に関する書類を期日までに提出し、指定する納付期限までに必ず保険料等の納付を完了します。
3. 故意に保険料等の納入を遅延した場合、その他提出書類に事実と違った記載をしたことが判明した場合は、会員資格を取り消されても一切の異議申し立てを行いません。
4. 年度途中で加入したときの保険料等は、申込日より10日以内に指定された口座に振り込みます。

法研一人親方会会長 殿

令和 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

処理欄	建設国保	加入・未加入	組合員番号	紹介者
-----	------	--------	-------	-----