労働者災害補償保険一人親方特別加入

加　入　申　込　書

ご加入に際し、本申込書と運転免許証の写しが必要となります。

※整理番号	

フリガナ	
氏名	
住所	〒　　－
性別	男　　/　　女
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
自宅	
携帯	
FAX	
業務内容	
支払方法	一括　　/　　分割 (4月加入のみ)
加入希望日	年　　月　　日
備考	・**運転免許証の写し**を添えて当会までご郵送またはＦＡＸください。 ・紛失等による加入員証の再発行は、1,100円（税込）手数料がかかります。 ・分割払いは年2回もしくは年3回となります。（加入時期によって異なります） ・労働局長の承認が必要なため、加入日は最短で手続きの翌日となります。 ・年度途中（5月～翌3月）に加入の場合は、一括のみのお支払いとなります。
連絡先	**〒810-0073　福岡市中央区舞鶴2-2-11　富士ビル赤坂4階** **一人親方特別加入監理団体　九州労務管理協会** **TEL092-713-0683　/　FAX092-714-2437**

給付基礎日額		年間保険料
↓ご希望の日額に○印をつけてください		
	5,000 円	32,850 円
	6,000 円	39,420 円
	7,000 円	45,990 円
	8,000 円	52,560 円
	9,000 円	59,130 円
	10,000 円	65,700 円
	12,000 円	78,840 円
	14,000 円	91,980 円
	16,000 円	105,120 円
	18,000 円	118,260 円
	20,000 円	131,400 円
	22,000 円	144,540 円
	24,000 円	157,680 円
	25,000 円	164,250 円
年間会費（税込）		26,400　円

一人親方特別加入監理団体
九州労務管理協会　　会長　池田　英人　殿

誓　約　書

今回、私は一人親方特別加入団体に入会するにあたり、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、安全衛生には十分注意致します。

念　　書

今回、私は一人親方の団体に加入することにあたり、以下の事項を遵守することを誓います。

1　必要な連絡・書類の提出（特別加入者の変更及び給付日額の変更等）は指定日までに行うこと。
2　労働保険料・協会費は指定日までに完納すること。
3　年度途中での脱退清算の際は、期間途中の加入員証を返却すること。

なお、上記条項に違反した場合は、貴会が強制に脱退処理をすること等、貴会が行う処理に対して異議を申し立てません。

令和　　年　　月　　日

氏名　　印