

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。※は必須項目です。

フリガナ※											給付基礎日額		年間保険料	
氏名※											↓ご希望の日額に○印をつけてください			
											3,500 円	21,709 円		
住所※	〒 -										4,000 円	24,820 円		
											5,000 円	31,025 円		
生年月日※	昭和・平成 年 月 日										6,000 円	37,230 円		
自宅※											FAX	7,000 円	43,435 円	
携帯※											8,000 円	49,640 円		
mail※											@	9,000 円	55,845 円	
業務内容※											※主として行う工事内容をご記入ください		10,000 円	62,050 円
過去に経験のある業務※ (☐をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 粉じん作業を行う業務（3年以上） <input type="checkbox"/> 振動工具を使用する業務（1年以上） <input type="checkbox"/> 鉛を使用する業務（6ヶ月以上） <input type="checkbox"/> 有機溶剤を使用する業務（6ヶ月以上） <input type="checkbox"/> 上記に該当する業務はない ※該当する方は、国が定める健康診断受診後の加入審査となります。										12,000 円	74,460 円		
											14,000 円	86,870 円		
加入希望日※	年 月 日										※但し、希望年月日に加入できない場合もごさいます。ご了承ください。		16,000 円	99,280 円
備考	・運転免許証の写しを添えて当団体までご郵送または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。 ・初年度の年会費は2,200円（税込）×加入月数です。 ただし4月加入の場合は年会費が 22,000円(税込) と割引が適用されます。 ・次年度以降は分割払いの選択が可能となりますので更新時にご案内いたします。 （分割をご選択の場合は上記割引は適用されません） ・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。										18,000 円	111,690 円		
											20,000 円	124,100 円		
											22,000 円	136,510 円		
											24,000 円	148,920 円		
											25,000 円	155,125 円		
連絡先	〒530-0054 大阪市北区南森町1-4-19 サウスホレストビル6階 労災特別加入団体協心 TEL06-6365-1433 / FAX06-6365-8723										年間会費（税込） 26,400 円			

労災特別加入団体協心 会長 小玉 隆一 殿

誓約書

今回、私は一人親方特別加入団体に加入するにあたり、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、私は一人親方特別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。

- 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。
- 労働保険料・会費は指定日まで完納すること。
- 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、貴団体が強制に脱退処理をすること等、貴団体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