

労災保険特別加入 申込書

整理番号

新
再

申込日 令和 5年 月 日

受付	写真	身分証	支払	カード	申請

来所 FAX LINE

現金 振込

TEL

一人親方組合 殿

下記の事項を誓約し、加入申し込みを致します。

- 作業に従事する際は、労働安全衛生法、労働安全諸規則の県警条項を遵守し、安全衛生には十分注意します。
- 氏名・住所に変更があったときは、すみやかに連絡致します。
- 特定業務に一定期間従事し、健康診断(無料)の必要がある場合は、指定期間内に受診します。
- 労働保険料の納付が遅延した場合、又は提出した書類に事実と異なった記載があった場合は、脱会等の処理をしても異議を述べません。

ふりがな		
お名前		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
住所	〒	
証明カード 受け取り方法 (<u>いずれかに○</u>)	①当事務所で直接受取	窓口会社名・住所 (窓口会社に郵送の場合、要記入)
	②自宅 or ③窓口会社 に郵送	〒
携帯電話(本人)		
業務内容	1.大工 2.左官 3.とび職 4.配管工 5.電気工 6.塗装 7.防水 8.はつり工 9.造園 10.土工 11.内装工 12.鉄筋工 13.鍛冶工 14.潜水士 15.解体工 16.ガラス工 17.石工 18.タイル工 19.その他()	
粉じん作業を行う業務	なし あり⇒S・H	年 月頃からH 年 月頃(3年以上は要健診)
身体に振動を伴う業務	なし あり⇒S・H	年 月頃からH 年 月頃(1年以上は要健診)
鉛業務	なし あり⇒S・H	年 月頃からH 年 月頃(半年以上は要健診)
有機溶剤業務	なし あり⇒S・H	年 月頃からH 年 月頃(半年以上は要健診)
放射線除染作業の予定	なし あり	
希望する給付基礎日額	3,500円 5,000円 8,000円 10,000円 (その他 円)	
加入開始希望月	4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月	

申込書はFAX 930-5944へ

身分証・証明写真は majikina@orange.ocn.ne.jp

LINEのQR
コード
→

