

FAX番号

06-6966-4738



# カンパニーリスクマネジメント協会一人親方会 一人親方労災特別加入申込書

下記の事項を承諾の上、加入申し込み致します。

- FAX受け取り後加入に必要な労働保険料・会費を下記住所までご連絡いたします。加入手続きはそのお支払い確認後の手続きになります。
- 住所・氏名等に変更が生じたときは、速やかに連絡して下さい。
- ご記入頂いた個人情報は労災特別加入に関する手続き及び一人親方会運営・安全衛生推進に必要なご案内に使用し、個人情報保護方針に則り厳重に管理いたします。また下記窓口業者様を通してのお申し込みの場合は、個人情報含む本加入に関する情報は窓口業者様・上位発注業者様にも提供されます。
- 労働安全衛生法・労働安全規則等の関係法令を遵守し、業務災害の防止と安全に努めて下さい。
- 労災保険給付(通勤労災含む)申請に関しては労働者災害補償保険法に基づく審査があり要件を満たさない場合は給付が受けられません。なお労災申請時には真正な事実のみを申告して下さい。
- 労働保険料・会費の納入を遅延した時、また提出すべき書類の記載事項に故意に事実と相違する記載をしたことが判明した時は、本申し込みは取消しとなり、加入後の場合は脱退の扱いとなります。

平成 年 月 日

## ■ 加入手続きの流れ



フリガナ	
氏名	印
生年月日	昭・平 年 月 日
現住所	* 郵便物が届く住所と、日中連絡がつく電話番号をご記入ください。 * 大阪府、兵庫県、京都府、奈良県、和歌山県、三重県、滋賀県、岡山県、鳥取県、徳島県、香川県いずれかに居住の方が対象です。 〒 ( 方)
電話番号	TEL 携帯
業務又は作業内容(○で囲む)	1. 土木工事 2. 建築工事 3. 大工工事 4. 左官工事 5. 屋根工事 6. 管工事 7. 電気工事 8. 防水工事 9. ガラス工事 10. 水道施設工事 11. 塗装工事 12. 機械器具設置工事 13. とび工事 14. 内装仕上げ工事 15. レンガ・ブロック工事 16. 板金工事 17. 建具工事 18. 鉄筋工事 19. 東日本大震災の復旧の為に除染等の業務のうち原状回復業務 20. その他( )

下記の特定業務を行う方のみ、太枠内で記入下さい

特定業務との関係(○で囲む)及び従事期間	<input type="checkbox"/> 粉じん作業をとまなう業務	最初に左の業務に従事した年月
	<input type="checkbox"/> 振動工具使用の業務	昭和・平成 年 月
	<input type="checkbox"/> 鉛業務	左の業務に従事した現在迄の期間総計
	<input type="checkbox"/> 有機溶剤業務	年 月
加入年月日	平成25年4月1日(※ただし、4月1日以降はお申込み手続き完了日の翌日加入日となります)	
希望給付基礎日額(○で囲む)	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 ※年度途中の変更はできません。	

FAX確認後、上記ご記入の住所宛てに労働保険料・会費のご案内を送付します。

FAX送信後7日以上経過してもご案内がお手元に届かない場合はFAXが受信出来ていない可能性がありますので、お手数ですがご連絡をお願い致します。 **お問合せ先 安達社会保険労務士事務所 TEL 06-6966-4737**

窓口業者様 ご連絡先	※ご加入者を取りまとめ頂く場合は必ずご記入をお願い致します。	
御社名(屋号)	_____	ご担当者お名前 _____
お電話	_____	FAX _____