

一人親方のための労災保険  
特別加入申込書

令和 年 月 日

関東配管工事業

一人親方組合 事務局殿

下記の者を一人親方の労災保険(第2種特別加入)に加入させたく申し込みます。

申	住所	〒					
	フリガナ氏名	⑩	生年月日	昭和 平成	年	月	日
込	業務の具体的内容 または職種 (就業時間)	( : ~ : )	保険開始 年月	令和	年	月	より
	給付基礎日額	<input type="checkbox"/> 3,500	<input type="checkbox"/> 4,000	<input type="checkbox"/> 5,000	<input type="checkbox"/> 6,000	<input type="checkbox"/> 7,000	<input type="checkbox"/> 8,000
	右から選んでレ印	<input type="checkbox"/> 9,000	<input type="checkbox"/> 10,000	<input type="checkbox"/> 12,000	<input type="checkbox"/> 14,000	<input type="checkbox"/> 16,000	<input type="checkbox"/> 18,000
		<input type="checkbox"/> 20,000	<input type="checkbox"/> 22,000	<input type="checkbox"/> 24,000	<input type="checkbox"/> 25,000		
		特定業務との関係 (レ印をつける)	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 粉じん作業を行う業務 <input type="checkbox"/> 振動工具使用の業務 <input type="checkbox"/> 鉛業務 <input type="checkbox"/> 有機溶剤業務		特定業務 の業務暦	最初に特定業務に従事した年月 年 月 から	
除染作業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		特定業務に従事した期間の合計 年 月				
TEL			FAX				
備考							

推 薦 会 社	住所	〒		
	会社名	担当者名	⑩	
	TEL	FAX		
	備考			

- 注) 1. 加入申込書は保険開始年月の前月10日まで一人親方組合事務局まで提出してください。  
2. 労災保険料と年会費等については事務局にて計算、確認の上「計算内訳」と「振込案内」を郵送にてご案内します。  
3. 健康診断証明書の提出が必要となる場合がありますので、その方には別途連絡します。  
4. 関東配管工事業一人親方組合宛ファックス願います(ファックス番号03-6803-2564)

〒110-0015

東京都台東区東上野1-13-10 小宮山ビル 4階 電話 03-6803-2563 ファックス03-6803-2564