

記入例

一人親方労災保険加入申込書

※必ず「重要事項確認書」をご確認の上、お申込みください。

一人親方特別加入団体 一人親方労災保険協会 会長 殿

私は、「重要事項確認書」を確認し、下記のとおり貴会への入会及び労働者災害補償保険第二種特別加入(一人親方労災保険)を申し込みます。

		申込年月日	2020年	4月	8日
フリガナ	タナカ タロウ				
氏名	田中 太郎	自署の場合は押印省略	生年月日	昭和・平成 56年11月11日	
住所	(〒101-0032) 東京都千代田区〇〇町1-1-1 オヤカタハイツ111号 ※身分証明書と異なる場合は申込不可				
会社名・屋号	※あれば記入		振込予定日	4月8日	
加入希望日	2020年4月10日 ※当日不可 ※営業日13時までの手続き・入金で翌日加入可能	1月加入の場合は ✓してください		<input type="checkbox"/> 次年度継続 <input type="checkbox"/> 更新無	
携帯電話	090 - 1111 - 1111	固定電話	03 - 2222 - 3333		
FAX	03 - 2222 - 3333	メールアドレス	PCメールが受信できるアドレス		
いずれかに☑をつけてください。					
給付基礎日額	<input checked="" type="checkbox"/> 3,500円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 6,000円 <input type="checkbox"/> 7,000円 <input type="checkbox"/> 8,000円 <input type="checkbox"/> 9,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 12,000円 <input type="checkbox"/> 14,000円 <input type="checkbox"/> 16,000円				
主に従事する建設作業 (多くとも3つまで)	<input type="checkbox"/> 土木 <input type="checkbox"/> 建築 <input checked="" type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 左官 <input type="checkbox"/> とび・土工・コンクリート <input type="checkbox"/> 屋根 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> タイル・れんが・ブロック <input type="checkbox"/> 鋼構造物 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 舗装 <input type="checkbox"/> しゅんせつ <input type="checkbox"/> 板金 <input type="checkbox"/> ガラス <input type="checkbox"/> 内装仕上 <input type="checkbox"/> 機械器具設置 <input type="checkbox"/> 熱絶縁 <input type="checkbox"/> 電気通信 <input type="checkbox"/> 造園 <input type="checkbox"/> さく井 <input type="checkbox"/> 建具 <input type="checkbox"/> 水道施設 <input type="checkbox"/> 消防施設 <input type="checkbox"/> 清掃施設設置 <input type="checkbox"/> 石※ <input type="checkbox"/> 解体※ <input type="checkbox"/> 塗装※ <input type="checkbox"/> 防水※ <input type="checkbox"/> その他() ※の業務に一定期間以上従事している場合は「特別加入時健康診断」の受診が必要です。 別紙「健康診断確認書」を提出してください。				
除染作業	<input checked="" type="checkbox"/> 無し ※☑がない場合は当協会では加入できません。				
特定業務 (1~5にチェック)	<input type="checkbox"/> 1 粉じん作業を行う業務に3年以上従事していました。(石・解体など) <input type="checkbox"/> 2 振動工具使用の業務に1年以上従事していました。(石・解体など) <input type="checkbox"/> 3 鉛業務に6ヶ月以上従事していました。(屋内でのほんだ付け・鉛装置の粉碎や溶接など) <input type="checkbox"/> 4 有機溶剤業務に6ヶ月以上従事していました。(塗装・防水など) ※1~4に該当する場合は、別紙「健康診断確認書」を提出してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 5 特定業務に上記期間以上従事したことはありません。				
申込確認書 送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール(15時以降送信) ※☑がない場合は郵送になります。 ※健康診断が必要な方には保険番号を通知できません ※確認書には労災保険番号が記載されます。				
手続代理人 利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 代理人・会社名() ※委任状が必要				
加入のきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介 紹介者・会社名() <input checked="" type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他()				
次年度の支払いを口座引落にしたい方は「希望する」に✓してください。 加入証明書送付時に「預金口座振替依頼書」をお送りします。			<input type="checkbox"/> 希望する		

※携帯電話番号は必須。FAX かメールアドレスもご記入ください。

※メールのQRコードを読み取るか、メールアドレス oyakata@kagawa-sks.jp まで
お名前を入れてメールを送ってください。

メールのQRコード

