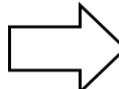


加入申込書

一人親方労災保険組合 殿 下記の事項を誓約し、労災保険特別加入の申込をいたします。

- ・作業に従事する際は、労働安全衛生法、労働安全諸規則の関係事項を遵守し、安全衛生には十分注意いたします。
- ・氏名、住所に変更が生じたときは、すみやかに連絡いたします。
- ・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、または提出した書類に事実と異なった記載があった場合は、脱退等の処理をしても異議を述べません。
また、加入日以前のケガや病気を労災申請いたしません。
- ・入金後の入会金、組合費の返還は求めません。
- ・個人情報保護方針(<https://rousai-hoken.jp/privacy-policy>)に同意した上で申込いたします。

※はご記入必須項目です。

※フリガナ				※国籍	※性別				
※お名前	印			日本国籍・外国籍	男・女				
※生年月日	昭和・平成 年 月 日	屋号							
※ご住所	〒□□□-□□□□								
ご自宅電話番号	FAX								
※携帯電話番号 (日中つながる番号)	E-Mail @								
※業務内容	1. 土木工事 2. 大工工事 3. 左官工事 4. 屋根工事 5. 外壁工事 6. 防水工事 7. 塗装工事 8. 鍛冶工事 9. とび工事 10. 型枠コンクリート工事 11. 内装仕上工事 12. 建具工事 13. ガラス工事 14. 板金工事 15. 鉄筋工事 16. 電気工事 17. 通信工事 18. 配管工事 19. 空調設備工事 20. 造園工事 21. 住宅設備工事 22. 機械器具設置工事 23. レンガ・タイル・ブロック工事 24. 解体工事 25. 現場管理 (何の工事の現場管理か :) 26. その他 ()								
※特定業務 <small>該当する業務に○を付けてください。</small> <small>〔特定業務に該当しない場合は記入不要〕</small>	1. 粉じん業務(溶接業務を含む)	3年以上	2. 振動業務	1年以上	3. 鉛業務	6ヶ月以上	4. 有機溶剤業務	6ヶ月以上	 いずれかに該当する場合、裏面の特定業務チェックシートへご記入ください。 特定業務に一定期間従事されていた場合は、加入時に健康診断(無料)を受けていただく必要があります。
※除染作業	なし・あり	※家族従業者 <small>(ご加入者が世帯主でない場合で世帯主と共に働いている場合)</small>			いいえ・はい				
※給付基礎日額 <small>いずれかに○をつけてください。</small>	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・22,000円・24,000円・25,000円			<small>◆給付基礎日額18,000円以上をご希望の場合、所得を証明する書類のご提出が必要です。</small>					
分割支払いの希望	□分割での支払いを希望する		分割での支払いをご希望の場合は□にレ点を付けてください。 <small>◆未記入の場合は一律一括払いのご案内いたします</small>						
※第三者賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 月額200円のオプション <input type="checkbox"/> 第三者賠償責任保険に加入する		<small>加入をご希望の場合は□にレ点を付けてください。</small> <small>◆この保険は「まごろ少額短期保険株式会社」の商品です。</small> <small>第三者賠償責任保険のリーフレットをご確認の上お申込みください。</small>						
※加入希望年月日	1. 月 日		2. 準備が整い次第加入希望						
※費用のご案内方法	1.FAX 2.郵送 3.E-Mail 4.SMS(ショートメール)								
お取りまとめ者 <small>〔ご本人様以外にご連絡・郵送物の送付をご希望の場合〕</small>	お名前・ご住所・お電話番号等								
	<small>◆送付を希望する郵送物にレ点を付けてください。</small> <input type="checkbox"/> 費用のご案内 <input type="checkbox"/> 組合員証の送付 <input type="checkbox"/> 更新のご案内								
ご紹介者	氏名 () 整理番号 ()								
※労災保険加入確認サービス	<input type="checkbox"/> 加入確認サービスに登録しない <small>◆詳しくは同封のチラシをご確認ください。</small>								

申込書送信先FAX 0800-800-1120

お問い合わせ電話番号 0120-6379-10

一人親方労災保険組合