

入会届兼特別加入申請書(一人親方)

京葉建設一人親方協力会 殿

下記の事項を誓約し、労災保険の特別加入の申込を致します。

- 会費及び労働保険料は、指定された納付期限までに必ず納付すること。
- 提出すべき書類の記載事項に、故意に事実と異なる記載が判明した場合は、会員の資格を取り消されても一切申し立てを行わないこと。

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏 名	印																																						
生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日																																					
住 所	〒																																						
連 絡 先	電話番号(必須)																																						
	メールアドレス																																						
業 務 内 容 (具 体 的 に)																																							
希 望 給 付 基 礎 日 額	希望される給付基礎日額に「○」をつけてください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;">3,500 円</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;">4, 000 円</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;">5, 000 円</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;">6, 000 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7,000 円</td> <td></td> <td>8, 000 円</td> <td></td> <td>9, 000 円</td> <td></td> <td>10,000 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12,000 円</td> <td></td> <td>14,000 円</td> <td></td> <td>16,000 円</td> <td></td> <td>18,000 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20,000 円</td> <td></td> <td>22,000 円</td> <td></td> <td>24,000 円</td> <td></td> <td>25,000 円</td> </tr> </table>								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
	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																																
加 入 希 望 日	令和 年 月 日 ※加入年月日は、監督署へ届出日の翌日以降となります。 遡っての加入はできません。																																						
法第 33 条 3 号に掲げる者との関係 (一人親方との関係)	本 人 家 族 (○印)																																						
<u>特定業務の従事状況</u> 粉じん作業 身体に振動を与える業務 鉛業務 有機溶剤 除染作業	<u>従 事 し た 期 間</u> S H R 年 月 ～ S H R 年 月 S H R 年 月 ～ S H R 年 月 S H R 年 月 ～ S H R 年 月 S H R 年 月 ～ S H R 年 月 S H R 年 月 ～ S H R 年 月																																						
※特定業務への従事状況により、加入前に健康診断の受診が必要な場合があります。																																							