

# 一人親方労災保険組合加入申込書

福山民商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みをいたします。

- ・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。

※印はご記入必須項目です。

※	フリガナ				※	性別
※	お名前	⑩			男 ・ 女	
	屋 号					
※	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成		年	月	日
※	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 (○をつけてください。 複数選択可。)	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.外壁工事 7.防水工事 8.塗装工事 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.機械器具設置工事 21.造園工事 22.レンガ・タイル・ブロック工事 23.解体工事 24.現場管理 25.その他 ( )				
※ 特 定 業 務	粉じん業務	なし ・ あり (3年以上) →			いずれかが「あり」の場合、裏面の特定業務チェックシートへ のご記入をお願いします。詳しくはパンフレットの「特別加入時 に健康診断が必要な場合があります」をご覧ください。 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）を受診していただく必要があります。	
	振動業務	なし ・ あり (1年以上) →				
	鉛業務	なし ・ あり (6ヶ月以上) →				
	有機溶剤業務	なし ・ あり (6ヶ月以上) →				
※	除染作業	なし ・ あり	※ 家族従業者	(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)	いいえ ・ はい	
※	給付基礎日額 (いずれかに○をつけて ください。)	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				
※	加入希望年月日	年	月	日	から加入希望	
F A Xによる申込みの場合				郵送によるお申込みの場合		
必要事項をご記入の上、お間違えのないよう にご送信ください。 <b>FAX：084-923-9048</b>				送り先 〒720-0802 福山市花園町2丁目1-26 福山民主商工会		

● お問い合わせ電話番号 TEL：084-923-1817 福山民主商工会

福山民商一人親方労災保険組合