

# 一人親方労災保険 加入申込書

常陸建築技能組合 殿

※※下記の太枠内をご記入の上、ご返信願います※※

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                                               |                                                                                                              |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                      |                                                                               |                                                                                                              | 令和    年    月    日 |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |                                                                               |                                                                                                              |                   |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                      |                                                                               |                                                                                                              |                   |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (昭和・平成)    年    月    日                                                               | 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他            |                                                                                                              |                   |
| 現住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 〒                                                                                    |                                                                               |                                                                                                              |                   |
| 連絡先<br>(いずれか<br>必須)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 電話番号①<br>(携帯電話等つながりやすい番号)                                                            | 電話番号②<br>(固定電話などあれば)                                                          | FAX、その他連絡方法など                                                                                                |                   |
| 業務内容<br>について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 【業務または作業の具体的内容】                                                                      |                                                                               | (記入例)<br>建設現場での解体作業／大工／電気工事／配管工事<br>／塗装工事／内装工事／ガス工事／とび／足場組立<br>工事／土木工事／屋根工事／舗装工事／板金工事／<br>防水工事／熱絶縁工事／掘削工事、、、 |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Q. 原子力発電所などでの除染作業はありますか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                                                                               | ※その他、建設業の業種はたくさんありますので、一度<br>お問い合わせください。                                                                     |                   |
| 加入希望日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 令和    年    月    日                                                                    | 保険料のお支払い、申込書、重要事項確認書、本人確認書類のコ<br>ピーがそろい次第、加入申請をいたします。<br>※最短で申請日の翌日からご加入可能です。 |                                                                                                              |                   |
| ご希望の給付基礎日額に<br>チェックをつけてください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                      | 下記1～4のいずれかの業務を行う場合、従事した期間によっては健康診断が<br>必要となります。当てはまる種類にチェックの上、従事した期間をご記入ください。 |                                                                                                              |                   |
| <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 6,000円 <input type="checkbox"/> 7,000円<br><input type="checkbox"/> 8,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 12,000円<br><input type="checkbox"/> 14,000円 <input type="checkbox"/> 16,000円 <input type="checkbox"/> 18,000円<br><input type="checkbox"/> 20,000円 <input type="checkbox"/> 22,000円 <input type="checkbox"/> 24,000円<br><input type="checkbox"/> 25,000円 |                                                                                      | 業務の種類                                                                         | 該当業務に従事した期間(通算期間)                                                                                            |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | <input type="checkbox"/> 1. 粉じん作業を行う業務                                        | 年    月～    年    月まで    年間                                                                                    |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | <input type="checkbox"/> 2. 振動工具使用の業務                                         | 年    月～    年    月まで    年間                                                                                    |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | <input type="checkbox"/> 3. 鉛業務                                               | 年    月～    年    月まで    年間                                                                                    |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | <input type="checkbox"/> 4. 有機溶剤業務                                            | 年    月～    年    月まで    年間                                                                                    |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      | <input type="checkbox"/> 5. 該当なし                                              |                                                                                                              |                   |

## 【ご注意】

◎ご加入初年度は、加入月～3月(年度末)までの加入時一括納付のみの取扱となります。※保険料の日割はできません。

◎次年度(翌4月～)から保険料の納入・脱退を3期ごとに行っておりますので、[3期分割納付]もしくは[一括納付]のどちらかをお選びいただけます。1期(4～7月)、2期(8～11月)、3期(12月～3月)

◎ご加入初年度は、年度末(3/31)脱退のみ可能です。(途中脱退不可)

次年度より、1期末日(7/31)、2期末日(11/30)、3期末日(3/31)にて脱退が可能です。

お決まりの際は希望する脱退日より前にお早めにご連絡ください。(期日を過ぎると継続となり、保険料が発生します)

◎保険料等の納入が遅延し未納となった場合、または健康診断が必要であるのに受診されなかった場合は、労働局および当組合の判断によって脱退手続きをとらせていただきますので、ご承諾の上お申し込みください。

◎年度途中での給付基礎日額の変更はできません。(毎年2月頃までに変更希望をお申し出ください)

◎業務内容、従事した期間によって健康診断が必要となった場合、受診結果が出るまでは労働局に加入が許可されません。

## 【お問い合わせ先】

KAN 社会保険労務士法人    TEL 0299-96-7011    FAX 0299-96-9418