

一人親方特別加入申込書

FAX0798-63-3515(24時間受付)

雇用管理協会労働保険事務組合 一人親方建設部会
会長 溝口 利弘 殿

申込者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	現住所				
	電話				
	携帯電話				
	FAX				
	メールアドレス				
業務の内容 (鳶、大工、左官工、電気工事等)					
加入希望日		平成 年 月 日より加入希望			
下記の業務に従事したことがありますか。			希望給付基礎日額		
業務内容	有無	業務暦		7,000	14,000
		最初に従事した年月日		8,000	16,000
粉じん作業を行う業務	有・無	年 月 日	9,000	18,000	
振動工具使用の業務	有・無	年 月 日	10,000	20,000	
鉛業務	有・無	年 月 日	12,000		
有機溶剤業務	有・無	年 月 日	※希望する給付基礎日額を○で囲んでください。		
※加入時の健康診断の必要の有無を判断いたしますので 上記の業務に従事した有無いずれかに○をし、従事したことがある場合最初に従事した年月日を記入してください。					

※保険の適用日は当会が労働基準監督署へ届出をした翌日以降となります。適用日以前の事故に
関しては一切保証できません。遡って保険加入もできません。

※当会の加入エリアは兵庫県、大阪府、奈良県、京都府、三重県、滋賀県、鳥取県、和歌山県、岡山県、
徳島県、香川県です。エリア外の方は当会に加入してもらうことができません。



MIZOGUCHI SR

雇用管理協会労働保険事務組合
一人親方建設部会

●加入にあたっての注意事項

1. 作業する際は、労働安全衛生法・規則等を遵守し、業務災害の防止と安全に注意してください。
2. 仕事にけがをしたらすぐ病院に行き、すみやかに協会へご連絡ください。
3. 年度途中に労働者を使用(常用又は年間延べ100日使用)などの理由で脱退する時はその旨を脱退希望の1週間前に、必ずご連絡ください。
4. 当会が指定する期日までに関係書類の提出と保険料等の納付の完了をしてください。
以下に該当する場合は当会の判断によって脱退の手続きをとらせていただきます。
脱退日以後は労災保険は適用されません。あらかじめご了承ください。
・当会指定のお振込期限までにご入金がなく、数度の督促にも応答がない場合
・指定連絡先に一定期間連絡がつかない場合
・日本国内外とわず法令に違反し、当会が脱退手続きをとることが相当であると判断した場合
5. 住所・電話番号・仕事の内容に変更があったら、すぐ当会へご連絡ください。

【年間保険料】

基礎日額	保険料	基礎日額	保険料	年会費
7,000円	48,545	14,000円	97,090	1ヶ月2,500円×12 =30,000円
8,000円	55,480	16,000円	110,960	
9,000円	62,415	18,000円	124,830	
10,000円	69,350	20,000円	138,700	
12,000円	83,220			

※保険料・年会費は年度途中の加入の場合、月割りとなります。

※保険料・年会は金額に関わらず年3回に分割してお納めいただけます。

上記事項に同意致します。

平成 年 月 日

署名：

㊞



MIZOGUCHI SR

雇用管理協会労働保険事務組合
一人親方建設部会