

2019年度 一人親方労災保険申込書

常陸建築技能組合 殿

□内容を確認の上、申込みします。
□未納があった場合、解除されても異議はありません。

8-	年 月 日		
フリガナ			
氏 名	㊟		
生年月日	年	月	日
	本人確認		□免許証
現住所	〒		
連絡先	電 話:	FAX:	
	携帯電話:	☎	
業務内容 (具体的に)	●除染作業(有・無) ●主な事業所()		
就業時間	午前	時	分
	～	午後	時
	分		
加入希望日	年	月	日より希望 (※加入承認日は申請日の翌日以降になります)
希望給付基礎日額 (○を囲んでください)	下記1～4に該当する場合、健康診断の受診の必要があります。		
	事前健康診断が必要となる特定業種		
5000円 16000円	業務の種類	<input checked="" type="checkbox"/>	従事年月
6000円 18000円	1. 粉じん作業を行う業務	<input type="checkbox"/>	年 月～
7000円 20000円	2. 振動工具使用の業務	<input type="checkbox"/>	年 月～
8000円 22000円	3. 鉛業務	<input type="checkbox"/>	年 月～
10000円 24000円	4. 有機溶剤業務	<input type="checkbox"/>	年 月～
12000円 25000円	5. 該当なし	<input type="checkbox"/>	
14000円			

※年度途中での給付基礎日額の変更はできません。(毎年3月頃、変更希望をお申し出下さい)

※事前に健康診断が必要となる特定業種に一定期間以上従事した経歴がある場合は、健康診断を受診して結果が出る迄、加入承認されません。(健康診断に要する費用は国が負担します)

※加入初年度は、加入月～翌年3月31日まで一括納付とさせていただきます。
次年度から一括、または三分割(3月、7月、11月に4ヵ月分ずつ)をお選びいただけます。

※年度中の脱退については、各期(7月、11月、3月)の末日まで保険料を徴収させていただきます。

重要: 故意に保険料の納付を遅延・未納の際、又は健康診断の必要があったのに受診しなかった場合は、当組合の判断によって脱退手続きをとることがありますので、承諾の上お申し込み書に記入してください。