

# 加入申込書

一人親方あんしん労災事務局 御中

私は、一人親方あんしん労災の規約に同意し、労災保険特別加入の申込をいたします。

規約掲載：<https://zenken-hr.or.jp/rousai/apply>

|         |   |   |   |
|---------|---|---|---|
| 申込年月日   | 年 | 月 | 日 |
| 加入希望年月日 | 年 | 月 | 日 |

|             |        |   |   |             |
|-------------|--------|---|---|-------------|
| フリガナ<br>お名前 | .....印 |   |   | 男<br>・<br>女 |
| 生年月日        | 昭和・平成  | 年 | 月 |             |
| 屋号          |        |   |   |             |
| 連絡<br>先     | ご住所    | 〒 |   |             |
|             | 携帯電話   |   |   |             |
|             | 自宅電話   |   |   |             |
|             | FAX    |   |   |             |
|             | E-MAIL | @ |   |             |

|  |        |   |          |
|--|--------|---|----------|
| 業務内容に☑をつけてください。(複数選択可)   |        |   |          |
| <input type="checkbox"/> 建築 <input type="checkbox"/> 土工 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 鳶 <input type="checkbox"/> 左官 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 電気通信 <input type="checkbox"/> 塗装 <input type="checkbox"/> 屋根 <input type="checkbox"/> 外壁 <input type="checkbox"/> タイル・レンガ・ブロック <input type="checkbox"/> 石 <input type="checkbox"/> 内装 <input type="checkbox"/> 配管 <input type="checkbox"/> 建具 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 鋼構造物 <input type="checkbox"/> 舗装 <input type="checkbox"/> 板金 <input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> 防水 <input type="checkbox"/> 熱絶縁 <input type="checkbox"/> ガラス <input type="checkbox"/> 造園 <input type="checkbox"/> 機械器具設置 <input type="checkbox"/> 空調設備 <input type="checkbox"/> 解体<br><input type="checkbox"/> その他( ) |        |   |          |
| 除染作業   | なし・あり  | 家族従業者(加入者が世帯主でなく、世帯主の営む事業に従事している者である場合) | はい・いいえ   |
| 特定<br>業務   | 粉じん業務  | なし・あり                                   | 年 月～ 年 月 |
|  | 振動業務   | なし・あり                                   | 年 月～ 年 月 |
|  | 鉛業務    | なし・あり                                   | 年 月～ 年 月 |
|  | 有機溶剤業務 | なし・あり                                   | 年 月～ 年 月 |
| 給付基礎日額を選択し○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   |        |   |          |
| ご紹介者   | お名前    | 会員番号                                    |          |

加入申込書を受領し内容を確認後、保険料をメールにてご連絡いたします。

一人親方あんしん労災事務局 電話番号：0120-305-961 FAX03-4330-6190