

一人親方等労災保険加入申込書

「一人親方等労災保険とは」をよく読み内容を確認したうえで、加入を申込みます。

加入希望日	令和 ○年 5月 1日
加入者氏名	連絡先
フリガナ タガワ ケンロウ	電話番号 0235-22-2832
田川 建労	FAX 番号 0235-22-3370
	携帯電話番号 090-0000-0000
生年月日 昭和・平成 31年 1月 13日	業務又は作業の具体的内容 (記入した業務のみ対象になります)
給付基礎日額 [裏面より お選び下さい]	10,000 円 建築大工工事業 解体工事業・土木工事業・除雪作業 建築塗装工事業

↓↓該当するものに必ず○印を付けて下さい。↓↓

①. 加入・変更希望者が賃金を支払う労働者はいますか	はい・いいえ
②. ①で「はい」の場合、その労働者は同居ですか	同居・別居
③. ②の人は一人親方等労災保険に加入していますか	はい・いいえ
④. 特定業務従事歴の有無 (加入時の健康診断必要性を判断します。裏面参照)	
・粉じん作業を行う業務 3年	無・有 ⇒ 年 月頃から 年 月頃まで
・振動工具使用の業務 1年	無・有 ⇒ H0年4月頃からR0年4月頃まで
・鉛等を用いて行う業務 6か月	無・有 ⇒ 年 月頃から 年 月頃まで
・有期溶剤等を用いて行う業務 6か月	無・有 ⇒ H0年4月頃からR0年12月頃まで
⑤. 除染作業の有無 (放射性物質で汚染された土壌、草木、工作物等の土壌等の除去)	無・有

*加入時は、初回労働保険料を添えて申し込み下さい。