

一人親方労災保険(第2種特別加入)申込書

受付日: 令和 年 月 日

⑧ _____

加入日: 令和 年 月 日

希望する給付基礎日額 _____ 円

工事内容 _____

以下のとおり申込みます。

1. ご加入者様の情報をご記入ください。			
住所	(〒 _____)		
事業所名 (設けている場合)			
フリガナ		生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
固定電話		携帯電話	
当組合健康保険(建設連合国保)加入	有り ・ 無し		
2. 一人親方労災保険加入が適当であるかの確認事項です。			
(1) 労働者を雇用していますか? ※原則労働者を雇用している場合は、ご加入できません。	していない ・ 年間100日未満雇用		
(2) 確定申告(B)をしていますか? ※営業収入として申告されていれば、一人親方に該当します。	している ・ 次年度から		
(2)で「次年度から」を選んだ場合のみご回答ください。			
(3) 工事代金等の請求書の発行をしていますか? ※請求書を発行されていれば、一人親方に該当します。	している ・ これからする		
3. 加入時健康診断が必要かどうかの確認事項です。①～④の業務に各指定の期間以上従事歴のある場合は、加入時健康診断を受ける必要があります。			
* 粉じん作業を行う業務(3年)	今まで従事有り	今までは無いが 今後従事の可能性有り	無し
* 振動工具使用の業務(1年)	今まで従事有り	今までは無いが 今後従事の可能性有り	無し
* 鉛業務(6ヶ月)	今まで従事有り	今までは無いが 今後従事の可能性有り	無し
* 有機溶剤業務(6ヶ月)	今まで従事有り	今までは無いが 今後従事の可能性有り	無し
4. 組合を知ったきっかけをお教えてください。			
1. ホームページ	2. 雑誌	3. ご紹介	4. チラシ(ポケットティッシュ)
5. 再加入	6. 国保加入者	7. その他(_____)	

※除染作業に従事される場合はご加入ができません。

組合使用欄
保 _____ 円 + 加 _____ 円 + 組 _____ 円 = 計 _____ 円

25 _____

※下欄の①、②のいずれかに押印。

支払回数 _____

①国保加入勧奨 検認欄	印	②加入不可	印
----------------	---	-------	---