

FAX 0263-86-8476

しなの一人親方共済会 会長 殿

**入会申込書 兼 誓約書
(一人親方労災加入申込書)**

◎事務処理を早く進める為、先にFAXで送り、後日原本を郵送等でご提出下さい。

フリガナ			印	生年月日	昭和 年 月 日	
氏名					平成	
電話	() —		FAX	() —		
携帯電話	— —		業務内容 (具体的)	(例:建築塗装工事)		
住所	〒					
特定業務の従事暦に○ 無・有 → 有の従事した事がある方のみ1~4にご記入下さい (下記1~4の業務に従事したことの有無を教えてください)						
1. 粉じん作業を行う業務	無・有	→	昭和・平成 年 月～ 年 月頃まで			
2. 振動業務(空欄に工具名記入)	無・有	→	昭和・平成 年 月～ 年 月頃まで			
3. 鉛業務	無・有	→	昭和・平成 年 月～ 年 月頃まで			
4. 有機溶剤業務	無・有	→	昭和・平成 年 月～ 年 月頃まで			
※ 使用溶剤に○して下さい → キシレン N.Nジメチルホルムアミドスチレン 1.1.1トリクロルエタン トリクロルエチレン トルエン ノルマルヘキサン その他()						
希望する 給付基礎日額	いづれか希望する日額に○をして下さい					
	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	保険料額は一覧表のとおりです。		
労災保険 加入希望月	月から加入希望 (特に指定日がある場合 月 日)					
特に指定日がある場合は、少なくとも1か月前にお申し出ください。						

上記のとおり、貴会に加入し労災保険の事務処理を委託するとともに、下記の承諾事項を

承諾の上、貴会の定款及び規則等を遵守することを誓約致します。

1. 労働保険料及び入会金・会費等は毎年3月20日までに全額納入します。
2. 住所、氏名等に変更を生じたときは、速やかに貴会へ連絡致します。
3. 労働安全衛生法を遵守し、業務災害の防止と安全に努めます。
4. 故意に保険料の遅延滞納した時、その他、貴会へ提出すべき一切の書類の記載事項に
故意に事実と異なる記載をするなど等の不正行為を行った場合は加入員の資格を取り消され
も一切異議申し立てを行わないことを誓約致します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

※添付書類 運転免許証の写しを添付してください。