

FAX送信先:048-812-8472 運転免許証等のコピーと一緒にFAXしてください

埼玉労災一人親方部会 【現金一括・年払い】 加入申込書

埼玉労働局長(管轄労働基準監督署経由)殿 埼玉労災一人親方部会 理事長殿

貴会の<注意事項及び会則>に同意し、以下の通り貴会及び第二種特別加入を申し込みます

フリガナ		申込年月日	平成 年 月 日
氏名	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -		
自宅電話番号	( ) -	会社電話	( ) -
携帯電話番号	( ) -	FAX	( ) -
メールアドレス		会社メールアドレス	

該当する建設業の工事種別別に「チェック」してください

<input type="checkbox"/> 01 土木工事業	<input type="checkbox"/> 02 建築工事業	<input type="checkbox"/> 03 大工事業	<input type="checkbox"/> 04 左官工事業
<input type="checkbox"/> 05 とび・土工工事業	<input type="checkbox"/> 06 石工事業	<input type="checkbox"/> 07 屋根工事業	<input type="checkbox"/> 08 電気工事業
<input type="checkbox"/> 09 管工事業	<input type="checkbox"/> 10 タイル・煉瓦・ブロック工事業	<input type="checkbox"/> 11 鋼構造物工事業	<input type="checkbox"/> 12 鉄筋工事業
<input type="checkbox"/> 13 舗装工事業	<input type="checkbox"/> 14 しゅんせつ工事業	<input type="checkbox"/> 15 板金工事業	<input type="checkbox"/> 16 ガラス工事業
<input type="checkbox"/> 17 塗装工事業	<input type="checkbox"/> 18 防水工事業	<input type="checkbox"/> 19 内装仕上工事業	<input type="checkbox"/> 20 機械器具設置工事業
<input type="checkbox"/> 21 熱絶縁工事業	<input type="checkbox"/> 22 電気通信工事業	<input type="checkbox"/> 23 造園工事業	<input type="checkbox"/> 24 さく井工事業
<input type="checkbox"/> 25 建具工事業	<input type="checkbox"/> 26 水道施設工事業	<input type="checkbox"/> 27 消防施設工事業	<input type="checkbox"/> 28 清掃施設工事業
<input type="checkbox"/> その他建設工事業	具体的な業務・作業内容を記入してください		

加入希望日

平成 年 月 日 希望します

いずれかに「チェック」を入れて年月日を記入してください。

<input type="checkbox"/> 1.粉塵(アスベストを含む)作業を行う業務	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算3年以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 2.振動工具使用の業務	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算1年以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 3.鉛または化合物を使用する業務	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算6ヵ月以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 4.有機溶剤業務	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算6ヵ月以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 5.該当なし 上記職種の経験はありません	※従事期間が超えている方は、加入時に健康診断(無料)の受信が義務付けられています。

■年払い方式(給付基礎日額3,500円) ※加入希望月へ「チェック」を入れてください

<input type="checkbox"/> 4月	<input type="checkbox"/> 5月	<input type="checkbox"/> 6月	<input type="checkbox"/> 7月	<input type="checkbox"/> 8月	<input type="checkbox"/> 9月	<input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 12月	<input type="checkbox"/> 1月(15ヶ月)	<input type="checkbox"/> 2月(14ヶ月)	<input type="checkbox"/> 3月(13ヶ月)
37,995円	36,079円	34,163円	32,247円	30,331円	28,414円	26,498円	24,582円	22,666円	43,704円	41,828円	39,912円

\*加入月の「保険料等金額」をお振込みください。  
\*現住所記載の「公的書類」をコピーして添付してください。  
\*この申込書と、保険料等の振込完了後翌日が最短加入日となります。

振込先 ※振込手数料はご負担ください  
金融機関名 : 埼玉りそな銀行(サイタマリソナ)  
支店名 : 七里支店(ナナサトシテン)  
口座番号 : 普通 4472155  
口座名義 : 埼玉労災一人親方部会(サイタマロウサイヒトリオヤカタブカイ)

個人証明書類

<input type="checkbox"/> ①	運転免許証
<input type="checkbox"/> ②	健康保険証
<input type="checkbox"/> ③	住民票
<input type="checkbox"/> ④	パスポート
<input type="checkbox"/> ⑤	その他

証明書添付場所

ここに「運転免許証・国民健康保険証」等のコピーをお貼りください。  
FAXでお申し込みの方は、FAXで送信してください。  
郵送の場合は、この申込書とコピーを同封して、下記の事務センターへお送りください。

郵送先:〒339-0056 埼玉県さいたま市岩槻区加倉1-4-35 細井ビル2F  
埼玉労災岩槻総合事務センター宛

※重要  
マイナンバー記載のものは提出できません。  
ご注意ください。