

埼玉労災一人親方部会 【毎月払い】加入申込書 FAX・郵送用

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します

フリガナ		申込年月日	平成 年 月 日
氏名 (同意書欄)	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	(自著の場合は押印不要)	生年月日	昭・平 年 月 日
フリガナ			
住所	〒 -		
自宅電話	() -	会社電話	
携帯電話	0 0 -	FAX	
メールアドレス			
該当する建設業の工事種別にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 左官 <input type="checkbox"/> とび・土工・コンクリート <input type="checkbox"/> 石 <input type="checkbox"/> 屋根 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> タイル・レンガ・ブロック <input type="checkbox"/> 鋼構造物 <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 舗装 <input type="checkbox"/> しゅんせつ <input type="checkbox"/> 鋳金 <input type="checkbox"/> ガラス <input type="checkbox"/> 塗装 <input type="checkbox"/> 防水 <input type="checkbox"/> 内装 <input type="checkbox"/> 機械器具設置 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> 造園 <input type="checkbox"/> さく井 <input type="checkbox"/> 建具 <input type="checkbox"/> 水道施設 <input type="checkbox"/> 消防設備 <input type="checkbox"/> 清掃施設 <input type="checkbox"/> その他の工事 具体的な業務内容・作業内容を書いてください。			
加入希望年月日はいつですか 平成 年 月 日 を希望 いずれかに○をして年月日を記入してください。 ↓ 事前健康診断が必要となる特定業種 従事期間が超えている方は、加入時に健康診断(無料)の受信が義務づけられています。			
1. 粉じん(アスベストを含む)作業を行う業務		年 月 ~ 年 月 通算 年 カ月	※通算3年以上は健康診断が必要
2. 振動工具使用の業務		年 月 ~ 年 月 通算 年 カ月	※通算1年以上は健康診断が必要
3. 鉛または化合物を使用する業務		年 月 ~ 年 月 通算 年 カ月	※通算6ヵ月以上は健康診断が必要
4. 有機溶剤業務		年 月 ~ 年 月 通算 年 カ月	※通算6ヵ月以上は健康診断が必要
5. 該当なし 上記職種の経験はありません			
■毎月払い方式(給付基礎月額3,500円) 以下を読んで同意する場合のみ、日付および自著(氏名)をお願いします。 ※クレジットカードによる決済の代理を貴団体に委任します、また決済が出来なかったときは、貴会に入会できないことを確認しました。また、毎月納付する保険料等を貴会の指定する期日にカード決済ができなかったときは、直ちに「年払い」に移行し、催促期日までに「年払いの」残期間金額を支払うことを誓約します。催促期日までに支払わないときは、理由の如何に関わらず貴会からの脱退手続をされ不利益を被っても一切異議を申し立てません。			
以上について同意します。平成 年 月 日 自著(氏名)			
1. 初回加入月に8,800円のクレジットカード決済を貴方は当会に委任します。		振込先	※振込手数料はご負担ください
2. 「年払い」会員に移行したときは、右記の口座に指定した保険料等を振り込んでください。		埼玉りそな銀行	七里支店
3. 現住所がわかる書類(運転免許証、住民票、国保被保険者証)の写しを添付してください。		普通	4472155
4. 入会月の翌月01日から指定の口座より4,980円をカード決済します。(自動決済)		口座名義	埼玉労災一人親方部会
個人情報についての確認事項 1. 当会は、本人以外に加入脱退等の個人情報をお知らせすることはいたしません。 2. 当会から自己の個人情報の通知を本人以外に希望される場合は、その都度会員本人が当会まで御連絡ください。			
カード番号(16桁)	- - -	有効期限	/ 例 07/17
カード名義		例	TAROH YAMADA
ご記入したくない方はお電話でお伝えください。 048-682-0333			

ここに運転免許証または国保被保険者証のコピーをお貼りください。

その他のコピー等はFAXでお申し込みの場合は同時にFAX送信してください。
 郵送の場合は、この申込書と同封してください。