

一人親方特別加入労災保険申込書

申込日 平成 年 月 日

加入者氏名	フリガナ	生年月日	性別 男・女
		昭和・平成 年 月 日	
住所・電話番号	〒 -	自宅 ☎ 携帯	
屋号(ある場合のみ記入)			
加入希望年月日	1.平成 年 月 日		2.準備が整い次第即時加入希望
希望する給付基礎日額	<input type="checkbox"/> 3,500円	<input type="checkbox"/> 4,000円	
	<input type="checkbox"/> 5,000円	<input type="checkbox"/> 8,000円	
	<input type="checkbox"/> 10,000円	<input type="checkbox"/> その他(円)	
職 種 ・ 業務の内容 ✓を付けてください。	<input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> とび・土木 <input type="checkbox"/> 石工事 <input type="checkbox"/> 屋根工事 <input type="checkbox"/> 電気工事 <input type="checkbox"/> 管工事 <input type="checkbox"/> コンクリート工事 <input type="checkbox"/> タイル・レンガ・ブロック工事 <input type="checkbox"/> 鉄筋工事 <input type="checkbox"/> 舗装工事 <input type="checkbox"/> 断熱工事 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 钣金工事 <input type="checkbox"/> ガラス工事 <input type="checkbox"/> 塗装工事 <input type="checkbox"/> 防水工事 <input type="checkbox"/> 内装工事 <input type="checkbox"/> 通信工事 <input type="checkbox"/> 造園工事 <input type="checkbox"/> さく井工事 <input type="checkbox"/> 建具工事 <input type="checkbox"/> クレーンの操作 <input type="checkbox"/> 消防設備工事 <input type="checkbox"/> 左官工事 <input type="checkbox"/> 基礎工事 <input type="checkbox"/> その他 具体的に()		
特定業務の従事歴	粉塵作業を行う業務	なし あり →	年 月頃～ 年 月頃
	身体に振動を伴う業務	なし あり →	年 月頃～ 年 月頃
	鉛 業 務	なし あり →	年 月頃～ 年 月頃
	有機溶剤業務	なし あり →	年 月頃～ 年 月頃
除染作業	有 ・ 無		
料金支払い方法	1. コンビニ払い 2. 指定銀行口座へ振込 3. その他		
その他連絡事項			

本人確認の為の添付書類

運転免許証等のコピー

※ 入会申込書には本人が確認できる公的書類の写し、運転免許証（住民票・国民健康保険証・在留カードなど）の写しを添付してご送付ください。（下記 FAX 又は住所宛）

〒323-0820
栃木県小山市西城南 3-3-2
岩井労務管理事務所
FAX 0285-28-6998