

労働者災害補償保険 一人親方(特2)特別加入申込書

整理番号

フリガナ	生年月日		
加入者氏名	昭・平	年	月 日
住所	〒 ー		
電話番号	() ー	携帯電話	() ー
FAX	() ー	メールアドレス	
作業内容			
所属先			
重 要	下記の特定期業務について従事経験のある場合、該当する記号を○で囲み従事年数をご記入ください。		
イ：粉じん作業を行う業務	無・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
ロ：身体に振動を与える業務	無・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
ハ：鉛業務	無・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
ニ：有機溶剤業務	無・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
ホ：除染作業	無・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
※上記内容によっては加入時に健康診断の受診が必要な場合があります。			
※[]内には使用する道具や有機溶剤をご記入ください。			
加入希望年月日	平成 年 月 日		
給付基礎日額	円		
※年度途中での給付基礎日額の変更はできません。			

- ◆ 補償契約期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 3月 31日までの間
- ◆ 保険料及び別に定める会費等は加入時に一括納付します。
 - 新規加入時は労働基準監督署へ届出した翌日より発効です。

ワークユニオン中部労務協会 御中

上記の契約事項を承認の上一人親方(特2)特別加入保険の加入を申込致します。

平成 年 月 日

現住所 _____
 フリガナ _____
 氏 名 _____

申込書ご記入のしかた

お名前・生年月日・職種等の記載事項は、正確にご記入ください。

労働者災害補償保険 一人親方(特2)特別加入申込書

フリガナ	ア仔 伊咄	生年月日	
加入者氏名	愛知 一郎	☎・平	26年 1月 2日
住所	〒461 ー0040 名古屋市東区矢田1丁目3番11号		
電話番号	(052) 721 ー0082	携帯電話	(090) 1234 ー5678
FAX	(052) 721 ー0244	メールアドレス	
作業内容	建築塗装業		
所属先	個人		
重要	下記の特定業務について従事経験のある場合、該当する記号を○で囲み従事年数をご記入ください。		
イ: 粉じん作業を行う業務	☎・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
ロ: 身体に振動を与える業務	☎・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
ハ: 鉛業務	☎・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
ニ: 有機溶剤業務	無・☎ (23年 4月頃～25年 10月頃まで) [キシレン・トルエン]		
ホ: 除染作業	☎・有 (年 月頃～ 年 月頃まで) []		
※上記内容によっては加入時に健康診断の受診が必要な場合があります。(労災指定病院にて無料)			
※[]内には使用する道具や有機溶剤等をご記入ください。			
加入希望年月日	平成 年 月 日		
給付基礎日額	円		
※年度途中での給付基礎日額の変更はできません。			

職種は具体的にご記入下さい。
(大工、左官、電気工事等)

手続きの窓口がある方は、ご記入下さい。

「加入の手続き」の表をご覧の上、ご記入下さい。

加入月(希望する月を記入)

給付基礎日額(表から選択)

- ◆ 補償契約期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 3月 31日までの間
- ◆ 保険料及び別に定める会費等は加入時に一括納付します。
 - 新規加入時は労働基準監督署へ届出した翌日より発効です。

ワークユニオン中部労務協会 御中

上記の契約事項を承認の上一人親方(特2)特別加入保険の加入を申込致します。

平成 年 月 日

記入日・氏名・フリガナを御記入ください。

現住所 _____

フリガナ _____

氏名 _____

◎申込書と保険料が揃ってから監督署に届け出ますので、監督署の休日の関係で、すぐには有効とならない場合がありますのでご注意ください。

例：書類受取・入金確認が金曜日夕方→土日は監督署が休み→月曜日に届出→火曜日から有効

◎届け出の前に被災されても補償はされませんので、ご注意ください。

一人親方労災途中加入月別保険料一覧

平成 26 年 4 月作成

	4月加入	5月加入	6月加入	7月加入	8月加入	9月加入	10月加入	11月加入	12月加入	1月加入	2月加入	3月加入
20,000	138,700	127,129	115,577	104,025	92,454	80,902	69,350	57,779	46,227	34,675	23,104	11,552
18,000	124,830	114,418	104,025	93,613	83,220	72,808	62,415	52,003	41,610	31,198	20,805	10,393
16,000	110,960	101,707	92,454	83,220	73,967	64,714	55,480	46,227	36,974	27,740	18,487	9,234
14,000	97,090	88,996	80,902	72,808	64,714	56,620	48,545	40,451	32,357	24,263	16,169	8,075
12,000	83,220	76,285	69,350	62,415	55,480	48,545	41,610	34,675	27,740	20,805	13,870	6,935
10,000	69,350	63,555	57,779	52,003	46,227	40,451	34,675	28,880	23,104	17,328	11,552	5,776
9,000	62,415	57,209	52,003	46,797	41,610	36,404	31,198	25,992	20,805	15,599	10,393	5,187
8,000	55,480	50,844	46,227	41,610	36,974	32,357	27,740	23,104	18,487	13,870	9,234	4,617
7,000	48,545	44,498	40,451	36,404	32,357	28,310	24,263	20,216	16,169	12,122	8,075	4,028
6,000	41,610	38,133	34,675	31,198	27,740	24,263	20,805	17,328	13,870	10,393	6,935	3,458
5,000	34,675	31,768	28,880	25,992	23,104	20,216	17,328	14,440	11,552	8,664	5,776	2,888
4,000	27,740	25,422	23,104	20,805	18,487	16,169	13,870	11,552	9,234	6,935	4,617	2,299
3,500	24,263	22,249	20,216	18,202	16,169	14,155	12,122	10,108	8,075	6,061	4,028	2,014

◆縦の欄：給付基礎日額 ◆横の欄：加入月 両方の該当欄が保険料になります。

(単位：円)

◎加入金 5,000 円 (新規加入時のみ)

◎年会費 一ヶ月 500 円

※平成 12 年 4 月 1 日より、途中加入・途中脱退とも出来るようになりました。

途中脱退とは、①仕事を廃業した時 ②労働者になった時
③中小事業主になった時 ④死亡した時 を指します。

①～④に該当したときは、すみやかにご連絡下さい。

「一人親方労災保険脱退申出書」をお送りします。

所定の事項にご記入の上、会員証を添えてご返送ください。

「脱退清算書」をお送りし、保険料の精算を致します。

一人親方事業者団体
愛知商工連盟協同組合
ワークユニオン中部労務協会

〒461-0040 名古屋市東区矢田一丁目 3 番 11 号

TEL(052)721-0082 FAX(052)721-0244