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

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	
加入者氏名		昭・平	年　月　日
住所	〒　—		
電話番号	(　)　—	携帯電話	(　)　—
FAX	(　)　—	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
作業内容			
所属先			

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	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。
  - ■ 上乗せ保険の申込締切日は毎月 20 日までで、翌月 1 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿