

FAX番号

取りまとめ加入申込書

①

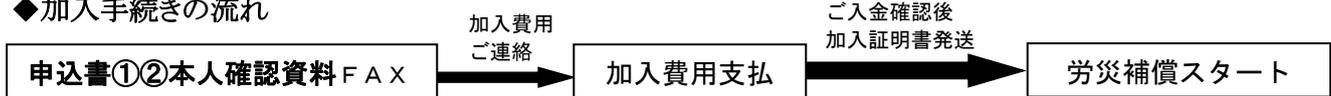
06-6966-4738



カンパニーリスクマネジメント協会一人親方会

一人親方特別加入申込書

◆加入手続きの流れ



下記の加入申込者からの委託を受けて、加入申込者を代理して、「一人親方労災特別加入規約」の内容を確認・承諾の上、下記の内容で一人親方労災加入を申し込みます。なお、本申込にあたり、加入申込者全員から「規約」の内容及び下記の個人情報の取り扱いについて承諾を得ていることを誓約します。万一、加入申込者が異議を申し立てた場合、その対応を含めた一切の責任を負うことを承諾します。また次回更新手続き等で、当協会が必要と判断した場合、各加入者に直接連絡、また文書が送付されることを承諾します。

取りまとめ 代表者	所在地(住所)	*ご加入者様の 確認資料 <input type="checkbox"/> 免許証・パスポートなどの顔写真付 本人確認資料写を添付してください <input type="checkbox"/> 外国籍の方(但し特別永住者除く) は「在留カード」の表面・裏面のコピー の添付をお願い致します	
	会社名(屋号)		
	代表者名 (会社・事業主の代表者④を押印してください)		
連絡先	電話() FAX() 携帯() メール希望の場合() @	ご担当者	

本申込書①と、申込書②(2枚目)、確認資料が必要です

ご加入される一人親方様の人数分をご記入ください(本申込用紙で5名様まで記入可)

※ それぞれの一人親方様の確認資料(免許証写等)をご用意ください

年 月 日 加入

ア	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭：平 ____年__月__日
	現住所	〒 -	連絡先	電話() FAX() 携帯()
イ	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭：平 ____年__月__日
	現住所	〒 -	連絡先	電話() FAX() 携帯()
ウ	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭：平 ____年__月__日
	現住所	〒 -	連絡先	電話() FAX() 携帯()
エ	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭：平 ____年__月__日
	現住所	〒 -	連絡先	電話() FAX() 携帯()
オ	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	昭：平 ____年__月__日
	現住所	〒 -	連絡先	電話() FAX() 携帯()

【個人情報に関するお知らせ】

本書面により取得する個人情報につきましては、下記目的に利用させていただきます。

1) 一人親方労災特別加入手続き、次年度以降の更新及び脱退に関する手続き業務

2) 当会運営に必要な規約等の通知、および安全衛生推進に関する連絡、安全グッズの配布業務

本書面により取得する個人情報につきましては、所管の労働基準監督署長を経由して労働局長に提供いたします。

なお、その他当会個人情報の取り扱いに関する内容は、当会ホームページwww.oyakatar.jp公表の個人情報保護方針をご参照ください。

【個人情報に関するご相談窓口】

カンパニーリスクマネジメント協会一人親方会 安達社会保険労務士事務所内一人親方労災保険特別加入事務局

FAX番号

取りまとめ加入申込書

②

06-6966-4738



申込書① ア～オ の加入申込者について ご記入ください

* 特定業務に該当する場合は、加入に際して別途チェックリストの提出と、健康診断の受診が必要です。

ア	給付基礎日額 (○で囲む)	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 (年度途中の変更はできません)
	業務又は作業内容 (○で囲む)	1.土木工事 2.建築工事 3.大工工事 4.左官工事 5.屋根工事 6.管工事 7.電気工事 8.塗装工事 9.機械器具設置工事 10.とび工事 11.内装仕上げ工事 12.レンガ・ブロック工事 13.板金工事 14.建具工事 15.鉄筋工事 16.東日本大震災の復旧・復興の為の除染作業 17.その他()
	下記の特定業務に該当する場合のみ、該当業務に○印 ア. 粉じん作業を伴う業務 イ. 鉛業務 ウ. 振動工具使用の業務 エ. 有機溶剤業務	最初に左の特定業務に従事した年月 昭和・平成・令和 ____年__月 左の業務 に従事した現在までの期間総計 おおよそ ____年__か月 間
★記載省略★ア～オまで5人全員、ア記載と同内容の場合は右欄へ✓ <input type="checkbox"/>		
イ	給付基礎日額 (○で囲む)	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 (年度途中の変更はできません)
	業務又は作業内容 (○で囲む)	1.土木工事 2.建築工事 3.大工工事 4.左官工事 5.屋根工事 6.管工事 7.電気工事 8.塗装工事 9.機械器具設置工事 10.とび工事 11.内装仕上げ工事 12.レンガ・ブロック工事 13.板金工事 14.建具工事 15.鉄筋工事 16.東日本大震災の復旧・復興の為の除染作業 17.その他()
	下記の特定業務に該当する場合のみ、該当業務に○印 ア. 粉じん作業を伴う業務 イ. 鉛業務 ウ. 振動工具使用の業務 エ. 有機溶剤業務	最初に左の特定業務に従事した年月 昭和・平成・令和 ____年__月 左の業務 に従事した現在までの期間総計 おおよそ ____年__か月 間
ウ	給付基礎日額 (○で囲む)	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 (年度途中の変更はできません)
	業務又は作業内容 (○で囲む)	1.土木工事 2.建築工事 3.大工工事 4.左官工事 5.屋根工事 6.管工事 7.電気工事 8.塗装工事 9.機械器具設置工事 10.とび工事 11.内装仕上げ工事 12.レンガ・ブロック工事 13.板金工事 14.建具工事 15.鉄筋工事 16.東日本大震災の復旧・復興の為の除染作業 17.その他()
	下記の特定業務に該当する場合のみ、該当業務に○印 ア. 粉じん作業を伴う業務 イ. 鉛業務 ウ. 振動工具使用の業務 エ. 有機溶剤業務	最初に左の特定業務に従事した年月 昭和・平成・令和 ____年__月 左の業務 に従事した現在までの期間総計 おおよそ ____年__か月 間
エ	給付基礎日額 (○で囲む)	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 (年度途中の変更はできません)
	業務又は作業内容 (○で囲む)	1.土木工事 2.建築工事 3.大工工事 4.左官工事 5.屋根工事 6.管工事 7.電気工事 8.塗装工事 9.機械器具設置工事 10.とび工事 11.内装仕上げ工事 12.レンガ・ブロック工事 13.板金工事 14.建具工事 15.鉄筋工事 16.東日本大震災の復旧・復興の為の除染作業 17.その他()
	下記の特定業務に該当する場合のみ、該当業務に○印 ア. 粉じん作業を伴う業務 イ. 鉛業務 ウ. 振動工具使用の業務 エ. 有機溶剤業務	最初に左の特定業務に従事した年月 昭和・平成・令和 ____年__月 左の業務 に従事した現在までの期間総計 おおよそ ____年__か月 間
オ	給付基礎日額 (○で囲む)	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 (年度途中の変更はできません)
	業務又は作業内容 (○で囲む)	1.土木工事 2.建築工事 3.大工工事 4.左官工事 5.屋根工事 6.管工事 7.電気工事 8.塗装工事 9.機械器具設置工事 10.とび工事 11.内装仕上げ工事 12.レンガ・ブロック工事 13.板金工事 14.建具工事 15.鉄筋工事 16.東日本大震災の復旧・復興の為の除染作業 17.その他()
	下記の特定業務に該当する場合のみ、該当業務に○印 ア. 粉じん作業を伴う業務 イ. 鉛業務 ウ. 振動工具使用の業務 エ. 有機溶剤業務	最初に左の特定業務に従事した年月 昭和・平成・令和 ____年__月 左の業務 に従事した現在までの期間総計 おおよそ ____年__か月 間

FAX送信後ご案内がお手元に届かない場合はFAXが受信出来ていない可能性がありますので、

ご連絡をお願い致します。 問い合わせ先 安達社会保険労務士事務所 TEL: 06-6966-4737

申込書①②・本人確認資料写しをご提出ください