

労働者災害補償保険 一人親方特別加入申込書

加入希望年月日		平成 年 月 日 より		
氏名	(フリガナ)	印		生年月日
	(漢字)			郵便番号
住所	(フリガナ)			
	(漢字)			
職 種 (仕事の内容)				
給付基礎日額		円		
電話番号		FAX 番号		
携帯電話番号		緊急連絡先		
備 考				
経験年数等	右職種の方は必ずご記入ください。	塗装工・防水工・内装工 (有機溶剤業務又は有機溶剤含有物を用いて行う業務)	はつり工・築炉工 (身体に振動を与える業務)	鉄筋工・溶接工・解体工 (粉じん作業を行う業務)
		従事開始 年 月～	従事開始 年 月～	従事開始 年 月～
		経験年数 年 月	経験年数 年 月	経験年数 年 月
		有機溶剤使用 あり・なし 溶剤名 トルエン・キシレン その他 ( )	使用工具 コンプレッサー 電動チッパー  その他 ( )	溶接の種類 アーク溶接 ガス溶接  その他 ( )

一人親方特別加入時にご記入いただいた個人情報は、一人親方特別加入の申請、保険料の申告、納付、給付請求に関する事務一切とし、労働・社会保険諸法例令に基づく組合の業務遂行に必要なとする最小限において利用します。

個人情報に関するお問い合わせは、上記連絡先までお申し出ください。 (2016.12)