

一人親方労災保険加入申込書

平成 年 月 日

フリガナ		
氏名	(印)	
生年月日	S・H 年 月 日	
自宅住所	〒	TEL
		FAX
		携帯
(あれば)会社名		
会社住所	〒	TEL
		FAX
職種	(具体的にご記入ください)	
粉じん作業・振工具使用の業務・鉛業務・有機溶剤(塗装)業務への従事		※有 ・ 無
↓		「有」の場合
最初に従事した年月	S・H 年 月	
従事した通算年月	年 月	
所属・紹介者		
希望給付日額	¥	月から加入希望

- (1) 運転免許証のコピーを添付してください。
- (2) 日額が 20,000 円以上を希望する場合は直前の税務申告書を確認させていただきます。
- (3) ※粉じん作業・振工具使用の業務・鉛業務・有機溶剤(塗装)業務への従事者は健康診断が必ずですので、申し込み受理後に労働基準監督署より受信のご案内を致します。
受信後審査の結果により加入できないことがあります。

FAX ⇒ 0798-36-4304