

一人親方労災加入申込書

令和 年 月 日

建設連合・函館地方建設組合

理事長 黒島 一生 殿

一人親方労災No.

下記のとおり一人親方労災に加入したいので、申し込みいたします。

| | | | | | | |
|-----------|--|-----------|-------------|-------|----------|-----|
| フリガナ | | | | 組合員番号 | | |
| 氏名 | ⑩ | | | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 屋号 | （※加入証明書に表記を希望の方は記入してください） | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 出先住所 | 〒 | | | | | |
| 自宅番号 | （ ） | — | 携帯番号 | | | |
| FAX番号 | （ ） | — | 除染作業の有無 | 有 | ・ | 無 |
| 従事する業務の内容 | 有機溶剤使用の有無 | | | 有 | ・ | 無 |
| | 業務経歴 | 最初に従事した年月 | 年 月 | | | |
| | | 従事した年月の合計 | 年 月 | | | |
| 就業時間 | 時 分 | | ～ | 時 分 | | |
| 休憩時間 | 10： ～10： | / | 12：00～13：00 | / | 15： ～15： | |
| 希望する給付日額 | 円 | | | | | |
| 健康保険の加入状況 | <input type="checkbox"/> 建設連合国保 <input type="checkbox"/> 社保任継 <input type="checkbox"/> 地域国保 <input type="checkbox"/> 他の建設国保 <input type="checkbox"/> 未加入 | | | | | |
| 労災の適用開始日 | 年 月 日（※健康診断が必要な方は変更になる可能性があります） | | | | | |

※ 従事する業務の種類で下記に該当する加入者は従事した期間により、健康診断が必要になります。

1. 粉じん作業を行なう業務（石工等）
2. 身体に振動を与える業務（削岩機・鋸打ち機・チェーン・コンクリートプレカ等）
3. 有機溶剤業務（塗装工・内装工等）

※ 加入時健康診断にかかる費用は国が負担しますので、無料で受診できます。

※ 特別加入前に疾病が発症、または加入前の原因により発症したと認められる場合には、特別加入者としての保険給付を受けられないことがあります。

不明の場合下記にお問合せください。

〒040-0032 函館市新川町21番5号

建設連合・函館地方建設組合 TEL 0138-26-3861
FAX 0138-23-5411