

一人親方特別加入申込書

フリガナ				印
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
一人親方との関係(続柄)		TEL		
住所・連絡先	〒	FAX		
		携帯電話		
業務・作業内容 (例:大工、クロス貼り)				
特定業務従事歴の有無及び従事期間 (○を付けて期間記入)	1. 粉じん作業を行う業務	年	月から	年
	2. 振動工具使用の業務	年	月から	年
	3. 鉛業務	年	月から	年
	4. 有機溶剤業務	年	月から	年
	5. 該当なし	年	月から	年
除染作業の有無	有・無			
加入希望年月日	平成 年 月 日			
希望する給付基礎日額 (いずれかに○)	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・20,000円・22,000円・24,000円・25,000円			

平成 年 月 日

上記の通り、貴団体に加入し労災保険事務処理を委託します。