

FAX送信先:048-682-0330 運転免許証等のコピーと一緒にFAXしてください

## 四国中国労災一人親方部会【年払い】 加入申込書

香川労働局長(管轄労働基準監督署経由)殿 四国中国労災一人親方部会 理事長殿

貴会の<注意事項及び会則>に同意し、以下の通り貴会及び第二種特別加入を申し込みます

フリガナ	申込年月日	平成 年 月 日									
氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和・平成・令和 年 月 日									
住所	印	(自署の場合は押印不要)									
自宅電話番号	会社電話	( ) - ( ) -									
携帯電話番号)	FAX	( ) - ( ) -									
メールアドレス	会社メールアドレス										
該当する建設業の工事種別別に「チェック」してください											
<input type="checkbox"/> 01 土木工事業	<input type="checkbox"/> 02 建築工事業	<input type="checkbox"/> 03 大工事業	<input type="checkbox"/> 04 左官工事業								
<input type="checkbox"/> 05 とび・大工工事業	<input type="checkbox"/> 06 石工事業	<input type="checkbox"/> 07 屋根工事業	<input type="checkbox"/> 08 電気工事業								
<input type="checkbox"/> 09 管工事業	<input type="checkbox"/> 10 タイル・煉瓦・ブロック工事業	<input type="checkbox"/> 11 鋼構造物工事業	<input type="checkbox"/> 12 鉄筋工事業								
<input type="checkbox"/> 13 舗装工事業	<input type="checkbox"/> 14 しゅんせつ工事業	<input type="checkbox"/> 15 板金工事業	<input type="checkbox"/> 16 ガラス工事業								
<input type="checkbox"/> 17 塗装工事業	<input type="checkbox"/> 18 防水工事業	<input type="checkbox"/> 19 内装仕上工事業	<input type="checkbox"/> 20 機械器具設置工事業								
<input type="checkbox"/> 21 熱絶縁工事業	<input type="checkbox"/> 22 電気通信工事業	<input type="checkbox"/> 23 造園工事業	<input type="checkbox"/> 24 さく井工事業								
<input type="checkbox"/> 25 建具工事業	<input type="checkbox"/> 26 水道施設工事業	<input type="checkbox"/> 27 消防施設工事業	<input type="checkbox"/> 28 清掃施設工事業								
<input type="checkbox"/> その他建設工事業	具体的な業務・作業内容を記入してください										
加入希望日	令和 年 月 日 希望します										
いずれかに「チェック」を入れて年月日を記入してください。											
<input type="checkbox"/> 1.粉塵(アスベストを含む)作業を行う業務	昭和・平成・令和 年 月～昭和・平成・令和 年 月 通算 年 月 ※通算3年以上は健康診断が必要となります										
<input type="checkbox"/> 2.振動工具使用の業務	昭和・平成・令和 年 月～昭和・平成・令和 年 月 通算 年 月 ※通算1年以上は健康診断が必要となります										
<input type="checkbox"/> 3.鉛または化合物を使用する業務	昭和・平成・令和 年 月～昭和・平成・令和 年 月 通算 年 月 ※通算6か月以上は健康診断が必要となります										
<input type="checkbox"/> 4.有機溶剤業務	昭和・平成・令和 年 月～昭和・平成・令和 年 月 通算 年 月 ※通算6か月以上は健康診断が必要となります										
<input type="checkbox"/> 5.該当なし 上記職種の種類はありません	※従事期間を超えている方は、加入時に健康診断(無料)の受信が義務付けられています。										
■年払い方式(給付基礎日額3,500円) ※加入希望月へ「チェック」を入れてください											
<input type="checkbox"/> 4月	<input type="checkbox"/> 5月	<input type="checkbox"/> 6月	<input type="checkbox"/> 7月	<input type="checkbox"/> 8月	<input type="checkbox"/> 9月	<input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 12月	<input type="checkbox"/> 1月	<input type="checkbox"/> 2月	<input type="checkbox"/> 3月
42,995円	41,079円	39,163円	37,247円	35,331円	33,414円	31,498円	29,582円	27,666円	48,744円 (15ヶ月分)	46,828円 (14ヶ月分)	44,912円 (13ヶ月分)
◎加入月の「金額」をお振込みください。 ◎現住所記載の「公的書類」をコピーして添付してください。 ※年払い方式は「年度途中の解約」ができません。 やむを得ず解約する場合は「解約手数料3,240円」がかかります。 残金の返金額は翌年度の年度末に返金となります。				振込先 ※振込手数料はご負担ください 金融機関名 : 埼玉りそな銀行(サイタマリソナギンコウ) 支店名 : 岩槻支店(イワツキシテン) 口座番号 : 普通 5010305 口座名義 : 四国中国労災一人親方部会(シコクチュウゴクノウサイヒトイカブカイ)							
個人情報についての確認事項 1.当会は、本人以外に加入脱退等の個人情報をお知らせすることはいたしません。 2.当会から事故の個人情報の通知を本人以外に希望される場合は、その都度会員本人が当会までご連絡ください。				※本申込は、加入希望月の「保険料等」の入金確認後の翌日加入となります。							
個人証明書類				証明書添付場所 ここに「運転免許証・国民健康保険証」等のコピーをお貼りください。 FAXでお申し込みの方は、FAXで送信してください。 郵送の場合は、この申込書とコピーを同封して、下記の事務センターへお送りください。 郵送先:〒339-0056 埼玉県さいたま市岩槻区加倉1-4-35 細井ビル2F 四国中国労災一人親方部会 岩槻総合事務センター宛							
<input type="checkbox"/> ①	運転免許証										
<input type="checkbox"/> ②	健康保険証										
<input type="checkbox"/> ③	住民票										
<input type="checkbox"/> ④	パスポート										
<input type="checkbox"/> ⑤	その他										
※重要 マイナンバー記載のものは提出できません。 ご注意ください。											