

申込日 年 月 日

フリガナ			
特別加入者のお名前	※ 顔写真付きの身分証明書のコピーを添付してください。※外国籍の方は『在留カード』または『特別永住者証明書』		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	事業場名 (屋号)	
住所	〒 —		
電話番号		f a x	
携帯電話 (日中連絡先)		E-mail	
業務内容 <small>該当の業務に○を付けてください。</small>	1. 土木工事 2. 大工工事 3. 左官工事 4. 屋根工事 5. 外壁工事 6. 防水工事 7. 塗装工事 8. 鍛冶工事 9. とび工事 10. 型枠コンクリート工事 11. 内装仕上工事 12. 建具工事 13. ガラス工事 14. 板金工事 15. 鉄筋工事 16. 電気工事 17. 通信工事 18. 配管工事 19. 空調設備工事 20. 造園工事 21. 住宅設備工事 22. 機械器具設置工事 23. レンガ・タイル・ブロック工事 24. 解体工事 25. 現場監督 ※現場監督は建設業の作業による事故のみ補償対象 26. その他 ()		
特定業務※ <small>該当する業務に○を付けてください 該当がない場合は、該当なしに○</small>	特定業務に該当しない場合○ 該当なし	※右の特定業務に該当の場合、別紙「特定業務確認シート」のご記入をお願いします。 特定業務に一定期間従事されていた場合は、加入時に健康診断(無料)を受けていただく必要があります。	1. 粉じん業務 (溶接業務を含む) 3年以上 2. 振動業務 1年以上 3. 鉛業務 6カ月以上 4. 有機溶剤業務 6カ月以上
除染作業	あり ・ なし	家族従事者ですか (世帯主と生計を一にし共に働いている)	はい ・ いいえ
給付基礎日額 <small>ご希望に○を付けてください</small>	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		
加入年月日 <small>1. または2. に○を付けてください</small>	1. 年 月 日 2. 加入手続き後最短		
ご連絡先 <small>上記以外に、ご希望の連絡先がある場合</small>	お名前・ご郵送先・お電話番号・FAX・E-mail 他		

合 意 書

(加入者)

は労働者災害補償保険特別加入 (一人親方等) に関する一切の事務に

関する下記の事項を誓約し、申しいたします。

記

1. 申請者が報告・提出の義務を怠るなど、組合の運営に深刻な支障が出た場合は、脱退等の処理をしても異議を述べません。
2. 労働保険料(手数料)の納付が遅延した場合、提出した書類に事実と異なった記載があった場合は、脱退等の処理をしても異議を述べません。
3. 船橋商工会議所会費を滞納しません。
4. 作業に従事する際は、労働安全衛生法、労働安全諸規則の関係事項を遵守し安全衛生に十分注意します。
5. 氏名、住所、連絡先に変更が生じたときは、すみやかに連絡します。

令和 年 月 日

(申請者)

所在地
屋号(法人名)
代表者氏名

(受託者)

所在地 船橋市本町1-10-10
組合名 船橋商工会議所建設業一人親方組合
代表者 会頭 篠田 好造

印