

FAX : 045-360-5561

※太枠内をご記入いただき、ご郵送またはFAXでお申込みください。

## 労働者災害補償保険 特別加入（一人親方等）申請書

下記のとおり貴組合に労働保険事務の処理を委託します。  
記載内容が事実と相違ないことを誓約いたします。

お申込み日：令和 年 月 日

フリガナ			
氏名	<input type="checkbox"/> FAXでお申込みいただく場合も必ずご捺印ください		
生年月日	昭和・平成	年	月 日（満 歳）
ご住所	〒		
ご連絡先	TEL :	FAX : □電話と同じ	
	携帯 :	Mail :	
仕事内容	具体的にご記入ください。例：左官大工、電気配線工事など		
	除染作業 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
希望日額	円	ご希望加入日	令和 年 月 日
労働者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <small>アルバイト・日雇いなどの労働者を使用する「日数の合計」が年間で100日以上見込まれる場合は、「使用する労働者がいる」ことになり、一人親方としての特別加入は認められません。その場合は自営業者（事業主）として中小事業主の労災保険にご加入いただき、併せて会社としての労災保険のご加入が必要となります。</small>		

これまでに下記の業務を行ったことがある場合はそれぞれの業務を行った年月・年数をお書きください

粉じん作業を行う業務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初めて業務を行った年月： 年 月 業務を行った通算の年月： 年 月(間)	3年
振動工具使用の業務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初めて業務を行った年月： 年 月 業務を行った通算の年月： 年 月(間)	1年
鉛業務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初めて業務を行った年月： 年 月 業務を行った通算の年月： 年 月(間)	6か月
有機溶剤業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初めて業務を行った年月： 年 月 業務を行った通算の年月： 年 月(間)	6か月

基礎日額	保険料	基礎日額	保険料
3,500	21,718	12,000	74,460
4,000	24,820	14,000	86,870
5,000	31,025	16,000	99,280
6,000	37,230	18,000	111,690
7,000	43,435	20,000	124,100
8,000	49,640	22,000	136,510
9,000	55,845	24,000	148,920
10,000	62,050	25,000	155,125

(労災保険料率 17/1000)

【必要書類】

- 本人確認：運転免許証(写)等(顔写真付証明書)  
写真付きがない場合：健康保険証(写) & 年金手帳(写)
- 日額 18,000 以上希望の場合(本人の所得水準証明書類)  
税金の確定申告書、所得証明書、前一年間の工事請負契約書、請求書等

組合月会費	3,000
会費消費税	300
合計	39,600

《事務組合記入欄》

事務処理委託年月日	令和 年 月 日
労働保険番号	14112-937178-000
整理番号	No.
領収年月日	令和 年 月 日
承認年月日	令和 年 月 日

上記委託を承諾します。

事実と反して申込みがあった場合は給付が受けられない可能性があります。

労働保険事務組合 中小企業経営協力会  
理事長 佐藤 飛宇

印

労働保険事務組合 中小企業経営協力会 〒241-0825 横浜市旭区中希望が丘 198-10 第三山庄ビル 2 階

TEL : 045-360-5560 / FAX : 045-360-5561

# 誓約書

貴組合加入に際してつぎの諸事項の約束を必ず守り、履行することを誓約のうえで、加入申し込みをいたします。

労働保険事務組合 中小企業経営協力会  
理事長 佐藤 飛宇 殿

誓約日／ 令和 年 月 日

加入申込(誓約)者氏名／ ㊞

親権者氏名／ ㊞

※誓約事項をご確認および連絡方法に記入の上、加入申込者氏名に、署名と捺印を願います。

※未成年(15歳以上19歳以下)の場合は親権者の同意が必要になります。署名と捺印を願います。

## <誓約事項>

※各事項必ず守ります。(下記□欄該当に☑。)

1. 貴組合加入後は、携帯電話に必ず貴組合電話番号を登録します。
2. 貴組合からの電話履歴が携帯電話にある場合には、必ず折り返し貴組合へ電話をいれます。
3. 労働保険料および事務 組合会費は、必ず貴組合指定期限までに支払います。
4. 加入内容に変更が生じた場合には、すみやかに貴組合に連絡します。
5. 保険料計算に必要な資料を求められた場合には、報告期限までに必ず報告します。

貴組合から事務連絡その他連絡を受ける場合に、必ず連絡がつく方法は、次です。

◆□携帯電話 □なし □あり No. \_\_\_\_\_

※必ず連絡がつく時間帯 ( \_\_\_\_\_ )

※連絡がつかなかった場合は、着信履歴を確認し速やかに連絡します。

◆□一般電話 □なし □あり No. \_\_\_\_\_

※必ず連絡がつく時間帯 ( \_\_\_\_\_ )

◆□FAX □なし □あり No. \_\_\_\_\_

※必ず確認する時間帯 □朝 □昼 □夜 □見ない

◆□E-MAIL □なし □あり \_\_\_\_\_

◆□緊急連絡先

※名 前: \_\_\_\_\_

※電話番号: \_\_\_\_\_

6. 履行しなかった場合は、組合の判断で委託解除をすることに同意します。この場合は、解除日以降は業務災害が発生しても、労災保険は使えないことを承知しました。