

FAX送信先:048-812-8472

埼玉労災一人親方部会 【クレジットカード・月払い】 加入申込書

埼玉労働局長（管轄労働基準監督署経由）殿 埼玉労災一人親方部会 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	令和 年 月 日
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	印 <small>(自署の場合は押印不要)</small>	生年月日	昭和・平成 年 月 日
フリガナ			
住所	〒 -		
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"/> 29 解体工事業	<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 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算3年以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 2.振動工具使用の業務	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算1年以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 3.鉛または化合物を使用する業務	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算6か月以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 4.有機溶剤業務	昭和・平成 年 月～昭和・平成 年 月 通算 年 月 <small>※通算6か月以上は健康診断が必要となります</small>
<input type="checkbox"/> 5.該当なし 上記職種の経験はありません	※従事期間が超えている方は、加入時に健康診断(無料)の受信が義務付けられています。

■月払い方式(給付基礎月額3,500円)

使用できるクレジットカードは以下の通りです。    	初回(加入月のみ) 9,960円/初回2ヶ月分 3ヶ月目以降 4,980円/月々
カード名義 (例: taro rousai)	カード番号 (例: カード表面15桁から16桁)
カード種類 (例: VISA)	カード有効期限 (例: 08/23など)

* カード情報は大切な情報ですFAX番号・郵送先を間違えないよう十分にお気を付けください。

* カード情報を記入したくない方は、お電話でお聞きます。FAX送信後、埼玉労災一人親方部会までご連絡ください。

* お電話でお聴き取り希望の場合 電話: 048-682-0333 担当直通: 090-3317-2222 迄

* 郵送(受取人指定)の場合 〒339-0057 さいたま市岩槻区本町6-1-3 建設国保ビル 埼玉労災岩槻事務センター窓口 迄

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。 ご紹介くださいますよう、よろしくお願いたします。
<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。	