

FAX送信先:048-812-8472 運転免許証等のコピーと一緒にFAXしてください

埼玉労災一人親方部会 【現金一括・年払い】 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	平成 年 月 日
氏名	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
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・土工工事業	<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

平成 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ヵ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ヵ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。

■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(15ヶ月)	<input type="checkbox"/> 2月(14ヶ月)	<input type="checkbox"/> 3月(13ヶ月)
37,995円	36,079円	34,163円	32,247円	30,331円	28,414円	26,498円	24,582円	22,666円	43,704円	41,828円	39,912円

*加入月の「保険料等金額」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。
*この申込書と、保険料等の振込完了後翌日が最短加入日となります。

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)
支店名 : 七里支店(ナナサトシテン)
口座番号 : 普通 4472155
口座名義 : 埼玉労災一人親方部会(サイタマロウサイヒトリオヤカタブカイ)

個人証明書類

<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

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
埼玉労災岩槻総合事務センター宛

※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。

埼玉労災一人親方部会 注意事項及び会則

必ずご一読の上、申込加入書の同意書欄に記名押印ください。(自署の場合は押印不要です)

< 注意事項 >

今回、労災一人親方労災保険に特別加入するにあたり作業に従事する際には、労働安全衛生法・規則の関係条項を遵守し、安全衛生には十分注意してください。

< 会 則 > (抜粋)

1. 労働者災害補償保険法(以下「法」という。)の補償開始日は、当会が管轄労働基準監督署(以下「労基署」)へ申請を提出した翌日からとなります。
2. 以下に該当する場合は入会のお申し込みをお断りさせていただくことがあります。
 - ① 入会の意図が社会的、倫理的見地から鑑みて不当または労災保険給付の不正受給などであると思われる場合
 - ② 当会規定の一人親方特別加入の条件を満たさない場合
 - ③ その他、当会が入会希望者を会員とすることを不適当と判断する場合。
3. 労基署への申請手続は、保険料等の入金を確認した後、またクレジットカードによる決済の場合は決済を確認した後に開始します。保険料等をご希望の補償開始日の2営業日前までに指定した口座に指定金額の全額をお振り込みください。支払いがないときは、加入意思がないものとして加入申込者に事前通知無く一方的に加入手続を中止します。
4. 加入手続中止後にご入金があった場合、再度加入を希望の場合は加入手続が遅延する場合があります。その場合の遅延によって発生する損害等に関して、当会は一切の責任を負いません。
5. 加入希望者は、加入申込書に自動車運転免許証、国民健康保険被保険者証または住民票の写し等本人及び現住所確認の可能な公的証明書類の写しを添付して加入申し込みをしなければなりません。
6. 当会は、加入時及び加入中に入手した会員の個人情報を個人情報取扱規程に準じて適正に処理します。
7. 会員は、当会の定める給付基礎日額(以下「日額」という。)以外の日額に変更できません。日額変更を希望する場合は、特別加入の脱退または当会から脱会(以下「脱退」という。)しなければなりません。
8. 年度更新の意思確認は、毎年1月以降に当会より会員宛にFAXまたは郵送にて行います。会員は、指定期日までに文書による意思確認、保険料等の納付を完了しなければなりません。意思確認及び保険料等の納付が確認できないときは、年度末に脱退する意思表示と見なして、年度末をもって脱退等とします。
9. 会員が脱退等を希望するときは、事前に必ず当会に連絡しなくてはなりません。連絡が無い場合は、脱退等手続完了日までの保険料等が発生し、会員はそれを支払う義務があります。
10. 以下のいずれかに該当する場合は、加入者の合意なしに当会の判断によって脱退手続をとらせて頂きます。
 - ① 「年払い会員」が当会指定のお振り込み期日までにご入金が無い場合
 - ② 指定連絡先に14日間連絡が取れないとき
 - ③ 日本国内外を問わず法令に違反し、当会が脱退手続をとることが相当と判断した場合
 - ④ 当会の加入者としてふさわしくないと判断した場合
 - ⑤ その他上記に準ずる場合
11. 以下に該当した場合は速やかに当会まで御連絡ください。連絡が無い場合は、労災保険の給付を受けることが出来ない等の不利益を被ることがあります。本人が連絡できない状態のときは、代理人の方でも結構です。
 - ① 年間100日間以上従業員を雇い入れている、または雇い入れる予定がある場合(パート・アルバイトを含む)
 - ② 業種を変更したとき(建設業でなくなったとき)
 - ③ 住所・氏名や連絡先を変更したとき
 - ④ 業務外、業務上または通勤上において、怪我をしたとき、死亡したとき、その他の要因で死亡したとき
12. 労災保険の休業(補償)給付は法に基づき監督署が認定した基準によってなされます。
13. 「毎月払い」会員は年度更新を当然継続することを条件として入会する。年度更新を希望しない者は、3月20日までに年度末で脱退することを当会に連絡するものとし、連絡無い場合は更新を希望するものとみなします。
14. 「毎月払い」会員が年度途中で脱退するときは、理由の如何を問わず既に納めた保険料等の返還請求はできません。また、「毎月払い」会員は申し込みをした月を含め4ヶ月を経過した日以降でないと脱退できません。
15. 「毎月払い」会員が当会の指定するクレジットカードによる決済を行わなかったときは、加入の手続は行いません。また会員のご都合によりカード決済ができなくなった場合は、「年払い」会員に移行し、当会が指定する期日までに、指定した「年払い」の保険料等のお支払が無い場合は決済が行われなかった月の末日をもって当会を当然脱退となります。この場合、以後当会への加入はできません。
16. 「年払い」会員が年度途中で脱退等をしたときは、既に納めた労災保険料のうち未使用の労災保険料から手続会費及び振込手数料を差し引いた後に残余の労災保険料がある場合は、会員本人の金融機関口座に返金するものとしします。
17. 年度の中で脱退等した者が、当該年度に再度第二種特別加入するときは給付基礎日額を選択できません。
18. 当会は理事会または役員会に諮り会員の事前承諾なく都道府県、市区町村または業種等に基づき当会を分割(以下「区割り」という。)することがあります。この場合、会員は区割りした移動に応じなくてはなりません。
19. 加入希望者及び会員は、上記会則を遵守し、会則の執行により被った損害等に関しかなる名目においても当会に損害等を請求できません。また、当会は、上記会則の執行により加入希望者、会員に生じる如何なる損害等に関しても一切責任を負いません。
20. 会則は、理事会または役員会に諮り、会員の事前承認なく変更する場合があります。
21. 労災保険率改定があった場合、予告なく保険料等の内訳、金額等が変更されることがあります。
22. 会員は、埼玉労災一人親方部会の運営および総会・諸会議における議決事項等については、理事会の議長に委任致することに同意します。