

入会申込書兼誓約書

川口商工会議所労災一人親方協力会 御 中

※本申込書は、一人1枚のお申込みになります。複数人でのお申込みの場合は、人数分の申込書が必要になります。

申 込 者	住 所	〒	電話番号		
			携帯番号		
	ふりがな		F A X 番号		
	氏 名		生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 (歳) 男 ・ 女	
事業所名					
事業所所在地		〒	電話番号		
業 務 内 容		<p style="text-align: center;">【具体的にご記入ください。(記入例：大工、左官、電気工事など)】</p> <p style="text-align: center;">【業務内容が造園業の方は下記に署名と押印をお願いいたします】</p> <p>農業に関する業務を行っていた場合の労災については補償されないことを承諾します。</p> <p>氏 名 _____ 印 _____</p>			
特定業務従事暦の有・無			最初に従事した年月	従事した期間の合計	希望する給付基礎日額
じん作業を行う業務		有 無	年 月	年 月 日	※下記の日額よりお選びください。 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
振動工具使用の業務		有 無	年 月	年 月 日	
鉛業務		有 無	年 月	年 月 日	
有機溶剤業務		有 無	年 月	年 月 日	
※特定業務従事の内容によっては、加入時の健康診断の必要性がありますので、 上記の特定業務従事暦の有・無について○印をし、必ず従事した期間をご記入ください。					
加入希望月		平成 年 月 から加入希望 ※過去に遡っては加入できません。			
提 示 書 類		1. 確定申告書・決算書 又は 開業届 2. 身分証明書 (窓口にてコピーを取ります) 3. 基礎日額 18,000 円以上の方は所得証明書			
以前加入していた団体 一人親方労災に加入していた方はご記入をお願いします					

上記のとおり、貴労災一人親方協力会に入会し、労災保険の事務処理を委託するとともに、下記の事項を承諾のうへ、規約等を厳守することを誓約します。

1. 労災保険料及び年会費は、毎年3月20日までに全額を納入します。
 年度途中の加入については、請求がなされた2週間以内に会費及び保険料を納入します。
2. 住所・氏名・業務内容等に変更を生じたときは、速やかに貴労災一人親方協力会に連絡します。
3. 労働安全衛生法を厳守し、業務災害の防止と安全に努めます。
4. 保険料の納入を遅延したとき、その他貴労災一人親方協力会に提出すべき一切の書類の記載事項について、事実と異なった記載をしたことが判明したときは、会員として資格を取り消されても一切の異議申し立てを行わないことを誓約します。

年 月 日

〒 ー

住 所 _____

事業所名 _____

氏 名 _____ 印 _____ (役職名 _____)