

誓約事項

このたび、貴組合および貴一人親方労災保険特別加入団体（以下、貴組合と省略）に加入するにあたり、下記の事項を誓約いたします。また、その他の注意事項を確認したうえで加入いたします。

記

1. 私は、労働者災害補償保険法（労災保険法）において定められる建設の事業に従事し、他に一切の労働者を使用しないか、または年間100日以上労働者を使用いたしません。
2. 作業に従事する際は労働安全衛生法や労働安全衛生規則、労働安全衛生法施行令等の関係条項および貴組合の災害防止規定を遵守し、安全衛生には十分注意いたします。
3. 加入時ならびに加入後においても貴組合の組合費、事務手数料、一人親方労災保険料、任意での加入となる労災互助会および労災互助会休業補償追加特約掛金等については貴組合の指定する方法にて期日までに納付いたします。
4. 加入後に変更事由（氏名・住所・連絡先・業種・納入方法／区分・その他）および第1項に変更が生じる際は貴組合の定める方法にて正確かつ迅速に届出いたします。
5. 次年度へ一人親方労災保険等の資格を継続する際の加入内容の変更等における各種届出については、貴組合の定める方法にて正確かつ迅速におこないます。
6. 貴組合の必要に応じ、関係書類等の提出を求められた際は速やかに提出いたします。
7. 第1項から第6項に万が一違約した場合において、労働局等の保険給付の対象外（不支給）の決定や貴組合の一方的な脱退処理により一人親方労災保険特別加入の中途脱退の承認を受けても異議申し立ていたしません。
8. 任意または第1項に変更が生じた場合等により、貴組合を脱退する場合は脱退申請書と加入証を添えて、速やかに届出いたします。
9. 複数名での団体による加入の場合は貴組合の必要に応じ、団体加入手続者（代表者）が各加入者の第1項から第8項、その他一切について責任を持ち代表して届出いたします。

その他注意事項

1. 保険給付の支給等については労働局等の認定により決定されます。そのため労災事故発生時において、組合で支給等の判断をおこなうことはできません。
2. 一人親方の立場で業務に従事しているものに対して保険給付等が支給されるため、常時または一時的であっても従業員やアルバイト等の立場で業務に従事しているものについては原則、保険給付等の対象外となります。
3. 現場で作業に従事しているものに対して保険給付等が支給されるため、自宅または事業所における準備作業時等については原則、保険給付等の対象外となります。

記入例

一人親方労災保険（特別加入制度）加入申込書

組合受付印

下記の通り、貴組合に一人親方労災保険（特別加入）の事務委託を申込み致します。

【整理番号：

フリガナ	ケンセツ タカヒコ	性別	フリガナ	ケンセツレンゴウ
氏名	建設 隆裕	男	事業所名	建設連合
生年月日	昭和 4 52年 10月 15日	携帯☎	5 090 - 0000 - 0000	
自宅住所	〒550-0014 大阪府大阪市西区北堀江1-19-1 八光心斎橋AIRビル3F			
自宅☎	7 06 - 6541 - 7136	自宅FAX	8 06 - 6541 - 7150	
事業所住所	〒550-0014 大阪府大阪市西区北堀江2-1-11 久我ビル北館7F			
事業所☎	10 06 - 6541 - 7137	事業所FAX	11 06 - 6541 - 7157	
業務内容	12 塗装工事業一式	除染作業の有無	13 有 ・ 無	
重要	下記の特定業務については、従事経験がある場合には必ず該当する番号に○をして従事年数をご記入ください。なお、従事する内容によっては加入時に労働局の指定する健康診断の受診が必要になる場合があります。			
14	1. 粉じん作業をおこなう業務 2. 振動工具を使用する業務 3. 鉛業務 4. 有機溶剤を使用する業務 ○従事年数（昭和00年 00月から平成00年 00月まで : 00年 00ヶ月） ○使用する道具や有機溶剤などをご記入ください。【シンナー・ラッカー】			
給付基礎日額	※希望する給付基礎日額に○をしてください。（年度途中での給付基礎日額の変更はできません。）			
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	※3,500円と4,000円の給付基礎日額については労働局に収入や所得状況を証明する書類を提出し、所得状況にみあった金額であると認められた場合のみご加入いただくことができます。			
労災互助会	※希望する口数に○をしてください。（年度途中での口数の変更はできません。）			
1口	2口	3口	4口	5口
6口	16			
労災互助会休業補償追加特約	※希望する給金額に○をしてください。（年度途中での給付額の変更はできません。）			
2,000円	3,000円	5,000円		
※労災互助会休業補償追加特約については労災互助会に未加入の場合は加入することができません。				
加入希望年月日 (さかのぼって人はできません)	18	納入区分	団体加入手続き情報 (加入者本人以外が手続きする場合には記入ください。)	
平成00年00月00日	一括	分割	氏名/フリガナ : 連合 宏嗣 / リョウキ ヒロツグ 連絡先(携帯)☎ : 090-☆☆☆☆-☆☆☆☆	

貴組合に加入し一人親方労災保険（特別加入）の事務委託を申込むにあたり、裏面の『誓約事項』を遵守することを誓約致します。

〒 550 - 0014

大阪府大阪市西区北堀江1-19-1 八光心斎橋AIRビル3F

平成 00 年 00 月 00 日

建設連合・〇〇〇〇建設組合 理事長 殿

氏名

建設 隆裕

建設

記入例の解説

- 整理番号については加入後に確定しますので記入は不要です。
- 加入を希望する方の氏名とフリガナをご記入ください。
- 事業所名とフリガナをご記入ください。尚、事業所名が無い場合は空欄のままです。
- 年号に『〇』を付け、生年月日をご記入ください。
- 携帯電話をお持ちの場合は緊急時の連絡先として必ずご記入ください。
- 自宅の住所を郵便番号からご記入ください。尚、マンション名などがある場合は必ずご記入ください。
- 自宅の固定電話の番号をご記入ください。尚、固定電話が無い場合は空欄のままです。
- 自宅のFAXの番号をご記入ください。尚、FAXが無い場合は空欄のままです。
- 事業所の住所が自宅と異なる場合に事業所住所をご記入ください。尚、自宅と事業所の住所が同じ場合は空欄のままです。
- 事業所の固定電話の番号が自宅と異なる場合にご記入ください。尚、ご自宅の固定電話と同じ番号の場合や固定電話が無い場合は空欄のままです。
- 事業所のFAXの番号が自宅と異なる場合にご記入ください。尚、自宅のFAXと同じ番号の場合やFAXが無い場合は空欄のままです。
- 従事されている業種を『〇〇工事業一式』など具体的にご記入ください。
- 東日本大震災の復旧・復興のための『除染作業』をおこなっている場合は『有』に○を付けてください。おこなっていない場合は『無』に○を付けてください。
- 1から4の業務に従事している、または過去に従事経験がある場合は必ずそれぞれの番号に○を付けてください。○を付けた場合は次に、従事している、または従事していた期間（〇年〇月から〇年〇月まで：〇年〇ヶ月）をご記入ください。最後にその際に使用している道具や有機溶剤等の名称をご記入ください。
- 加入を希望する『給付基礎日額』に○を付けてください。尚、3,500円と4,000円については労働局に収入や所得状況を証明する書類を提出し、所得状況にみあった金額であると認められた場合にのみご加入いただくことができますのでご注意ください。
- 労災互助会に加入希望の場合にのみ『口数』に○を付けてください。
- 労災互助会の休業補償追加特約に加入希望の場合にのみ『給付金額』に○を付けてください。尚、労災互助会に加入を希望しない場合は休業補償追加特約には加入できません。
- 加入希望年月日をご記入ください。ただし、加入申込書等の提出および掛金額一式の納入が組合で確認出来てからの資格発生となります。尚、さかのぼっての加入は一切出来ません。
- 加入後に希望する納入区分に○を付けてください。ただし、分割を希望する場合は加入時期によっては次年度から分割納入が開始になる場合がございます。
- 加入申込みを本人または家族ではなく、元請の方や同業者の方等が代理しておこなう場合にのみ代理で手続きをおこなう方の氏名/フリガナ/連絡先（携帯電話優先）をご記入ください。
- ご記入いただいた日付と自宅の郵便番号、住所、氏名をご記入のうえ、ご捺印ください。