

記入例

一人親方労災保険（特別加入）加入申込書

〇〇年 ××月 △△日

建設組合理事長 殿

フリガナ ケンセツ タロウ
氏名 建設 太郎 建設 性別 男 女

※自署の場合は押印省略可

生年月日 〇〇年 ××月 △△日

電話番号 (日中連絡先) 090 - 1234 - 5678

①

加入希望年月日 〇〇年 ××月 △△日 納入区分 一括 分割

私は、建設組合で一人親方労災保険(特別加入)へ加入するにあたり、下記事項を届け出るとともに、裏面記載の全ての事項について同意します。

事業所等の情報			
フリガナ 事業所名	ケンセツコウムテン 建設工務店	業務内容	塗装工事業 <small>※具体的にご記入ください。</small>
事業所 住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇△□1-2-3 〇〇マンション123号	TEL 090-1234-5678 FAX 090-1234-5678	

※事業所名(屋号)を付けていない場合は事業所名は空欄で構いません。/ご自宅と事業所が同じ場合は事業所住所は空欄で構いません。

特定業務等の従事の有無【該当箇所にしを付け、該当する場合は()内にご記入ください】			
<input type="checkbox"/> 粉じん作業をおこなう業務	<input type="checkbox"/> 振動工具を使用する業務	<input type="checkbox"/> 鉛業務	<input checked="" type="checkbox"/> 有機溶剤を使用する業務
従事年数 (〇〇年 ××月 ~ 〇〇年 ××月 まで : 〇〇年 ××ヶ月)	使用する振動工具 ()	使用する有機溶剤 (シンナー、ラッカー(※注))	
東日本大震災の復旧・復興のための除染作業の従事	<input type="checkbox"/> 有り	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	

重要 上記の特定業務については従事経験がある場合は必ずご記入ください。尚、一定の従事期間がある場合は労働局指定の健康診断を受診しなければ資格が発生しません。万が一、受診しない場合は加入取り消しとなりますので、あらかじめご留意願います。

加入を希望する給付基礎日額【しを付けてください】	
<input type="checkbox"/> 3,500円	<input type="checkbox"/> 4,000円 <input checked="" type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 6,000円 <input type="checkbox"/> 7,000円 <input type="checkbox"/> 8,000円 <input type="checkbox"/> 9,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円
<input type="checkbox"/> 12,000円	<input type="checkbox"/> 14,000円 <input type="checkbox"/> 16,000円 <input type="checkbox"/> 18,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円 <input type="checkbox"/> 22,000円 <input type="checkbox"/> 24,000円 <input type="checkbox"/> 25,000円

※年度途中での給付基礎日額の変更はできません。

※給付基礎日額によっては所得状況に見合った金額であると労働局に認められなければ選択できない場合がございます。その場合は収入や所得状況を証明する書類をご提出いただく必要がございますので、あらかじめご留意願います。

加入を希望する労災互助会口数/休業補償追加特約 ※ 任意加入【しを付けてください】	
労災互助会	<input checked="" type="checkbox"/> 1口 <input type="checkbox"/> 2口 <input type="checkbox"/> 3口 <input type="checkbox"/> 4口 <input type="checkbox"/> 5口 <input type="checkbox"/> 6口
休業補償追加特約	<input checked="" type="checkbox"/> 2,000円 <input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/> 5,000円

※年度途中での口数・給付額の変更はできません。/労災互助会未加入の場合は休業補償追加特約に加入することはできません。

建設組合記入欄

備考事項	資格取得年月日 : 年 月 日	受付印
	記号番号 / 整理番号	
	その他	

組合控

本人控

※緑枠、オレンジ枠、青枠の部分の記入にあたっては、記入する際の注意点(ポイント)をご確認ください。
※赤字の部分をご記入してください。

5

同意事項

(私は、組合で一人親方労災保険に加入するにあたり下記の全ての項目について確認し同意します。)

1. 私は建設の事業に従事し、他に一切の労働者を使用しないか、又は年間100日以上労働者を使用いたしません。
2. 特定業務に一定の期間従事しているために、加入時に健康診断を受診する必要がある場合は組合並びに労働局又は労働基準監督署の指示に従い、速やかに受診いたします。
3. 作業に従事する際は労働安全衛生法並びに労働安全衛生法施行令等の関係条項及び組合の災害防止規定を遵守し、安全衛生には十分に注意いたします。
4. 加入時並びに加入以後、組合の組合費並びに一人親方労災保険料、任意での加入となる労災互助会及び労災互助会休業補償追加特約掛金等については組合の指定する方法にて、期日までに納付いたします。尚、上記を納付することにより、自動的に更新されます。
5. 加入以後、変更事由(氏名/住所/連絡先/業種/納入区分/その他)が生じた場合は組合の定める方法にて速やかに届け出いたします。
6. 任意または第1項に変更が生じ、組合を脱退する場合は建設組合脱退申込書に加入証を添えて速やかに届け出いたします。尚、死亡の場合を除き、届出日以前に遡及しての脱退は原則できません。
7. 必要に応じ、組合より関係書類等の提出を求められた場合は速やかに応じます。
8. 第1項から第7項に万が一違約した場合等により、労働局等の保険給付不支給の決定や組合による一方的な脱退または加入取消し等の処分を受けても、一切異議を申し立てません。
9. 加入者または加入希望者以外の者が代理で各種手続きを行う場合(以下、代理人という)には、加入者または加入希望者に代わり第1項から第8項、その他一切について代理人が責任を持ち届け出いたします。
10. 年度途中脱退による各種費用の還付が生じた場合には、原則、振替口座に還付されることを了承いたします。

【その他、注意事項】

- 労災保険給付の支給等については全て労働局並びに労働基準監督署の認定により決定されます。そのため、組合で支給等の決定を行うことはできません。
- 原則、一人親方の立場で業務に従事している際の労災事故に対して労災保険給付等が認定されるため、常時または一時的であっても従業員またはアルバイト等、労働者の立場で業務に従事している際の労災事故については労災保険給付等の対象外となります。
- 原則、現場で業務に従事している際の労災事故に対して労災保険給付等が認定されるため、自宅または事業所において被災した事故については労災保険給付等の対象外となります。

記入する際の注意点(ポイント)

加入希望年月日／納入区分について

①

加入年月日は加入申込書等の提出および掛金額一式の納入、振替口座の登録を組合が確認後の資格発生となります。なお、さかのぼっての加入はできません。
保険料等の納入区分については、年度一括または分割(毎月)のいずれかにチェックを入れてください。

特定業務に従事されている方

②

記載の特定業務に従事されている、または過去に従事経験がある方は該当の項目にチェックを入れて、従事期間および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。
(注)地域によっては、薬品名等をお尋ねすることがございます。あらかじめご了承ください。

給付基礎日額について

③

ご希望の給付基礎日額にチェックを入れてください。ただし、ご希望の日額によっては加入できない場合や、労働局より収入や所得状況を証明する書類の提出を求められる場合があります。詳しくは組合までお問い合わせください。

労災互助会ならびに休業補償追加特約を希望される方

④

労災互助会ならびに休業補償追加特約に加入される方はご希望の口数、給付金額にチェックを入れてください。なお、労災互助会に加入されない場合は休業補償追加特約には加入できません。

⑤

ここに記載されている項目は重要な内容となっておりますので、全ての項目をお読みいただき、ご了承の上、チェックを入れてください。