

一人親方労働保険特別加入申込書兼誓約書

申込者	住 所	〒				—	
	ふりがな						
	氏 名						
	生年月日	昭和	平成	年	月	日	
	日中の連絡先	—		—			
	FAX	—		—			
事業の名称（社名）							
事業の種類（職種）							
希望する給付基礎日額		円					
加入希望日		令和	年	月	日		
特定業務従事歴の有無		従事した期間					
粉じん作業を行う業務		無 ・ 有	年	月	から	年 月まで	
振動工具使用の業務		無 ・ 有	年	月	から	年 月まで	
鉛業務		無 ・ 有	年	月	から	年 月まで	
有機溶剤業務		無 ・ 有	年	月	から	年 月まで	

* 特定業務従事に該当する方は、健康診断の必要があります。

上記の通り貴協会の会員に加入し労災保険の事務処理を委託すると共に、下記の事項を承認の上
 違背なく遵守することを誓約します。

- 1, 建設事業に従事し、労働者を使用していない者
- 2, 富士吉田職業訓練協会会員に加入できる者（年会費 10,000円）
- 3, 故意に保険料遅延が判明した時は資格を取消されても一切異議申し立てを行わない事を誓約します。
- 4, 労働安全衛生法を遵守し、業務災害の防止と安全に努めます。
- 5, 本人確認の為、確認書類（運転免許証、保険証等）を提出します。

富士吉田職業訓練協会 労働保険事務組合殿

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

注意事項

- ・ 労災期間は1年間（4月から翌年3月迄）年度末に年度更新の確認を行います。
 （継続の確認、給付基礎日額の変更等）
- ・ 年度途中で退会の場合は返還いたしません（協会費）
- ・ 保険は建築現場のみ適用（工場内加工は適用外）