

# 一人親方労災保険加入申込書

一人親方特別加入団体

一人親方労災保険協会 会長 殿

私は、下記のとおり、貴会及び労働者災害補償保険第二種特別加入(一人親方労災保険)の加入を申し込みます。

|   |   |  |        |          |                |
|---|---|--|--------|----------|----------------|
| フリガナ  |   |  |        | 生年<br>月日 | 昭和・平成<br>年 月 日 |
| 氏名  | <br><small>自署の場合は押印省略可</small>  |  |        |          |                |
| 住所  | (〒 - )  |  |        |          |                |
| 電話番号  | 日中の連絡先(携帯など)  |  | 固定電話   |          |                |
| FAX   | - -   |  | 会社名・屋号 |          |                |
| 加入希望日   | 年 月 日 ※入金確認後に電子申請、その翌日以降の加入になります。   |  |        |          |                |
| いずれかに☑をつけてください。                                     |   |  |        |          |                |
| 給付基礎日額  | <input type="checkbox"/> 3,500円 <input type="checkbox"/> 4,000円 <input 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                            |  |        |          |                |
| 建設工事の種類   | <input type="checkbox"/> 土木 <input type="checkbox"/> 建築 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 左官 <input type="checkbox"/> とび・土工・コンクリート <input type="checkbox"/> 石                |  |        |          |                |
|   | <input type="checkbox"/> 屋根 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> タイル・れんが・ブロック <input type="checkbox"/> 鋼構造物  |  |        |          |                |
|   | <input type="checkbox"/> 鉄筋 <input type="checkbox"/> 舗装 <input type="checkbox"/> しゅんせつ <input type="checkbox"/> 板金 <input type="checkbox"/> ガラス <input type="checkbox"/> 塗装                     |  |        |          |                |
|   | <input type="checkbox"/> 防水 <input type="checkbox"/> 内装仕上 <input type="checkbox"/> 機械器具設置 <input type="checkbox"/> 熱絶縁 <input type="checkbox"/> 電気通信  |  |        |          |                |
|   | <input type="checkbox"/> 造園 <input type="checkbox"/> さく井 <input type="checkbox"/> 建具 <input type="checkbox"/> 水道施設 <input type="checkbox"/> 消防施設 <input type="checkbox"/> 清掃施設                  |  |        |          |                |
|   | <input type="checkbox"/> 解体 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |        |          |                |
| 除染作業  | <input type="checkbox"/> 無し ※有りの場合は当協会では加入できません。  |  |        |          |                |
| 特定業務  | <input type="checkbox"/> 1 粉じん作業を行う業務に3年以上従事していました。   |  |        |          |                |
|   | <input type="checkbox"/> 2 振動工具使用の業務に1年以上従事していました。  |  |        |          |                |
|   | <input type="checkbox"/> 3 鉛業務に6ヶ月以上従事していました。   |  |        |          |                |
| <input type="checkbox"/> 4 有機溶剤業務に6ヶ月以上従事していました。    |   |  |        |          |                |
| 従事した期間( 年 月頃)~( 年 月頃) 合計( 年 ヶ月間)                    |   |  |        |          |                |
| 作業内容( )   |   |  |        |          |                |
| 取扱工具・材料( )  |   |  |        |          |                |
| <input type="checkbox"/> 5 特定業務に上記期間以上従事したことはありません。 |   |  |        |          |                |
| 紹介の有無   | <input type="checkbox"/> 紹介有り(ご紹介者: ) <input type="checkbox"/> 紹介無し   |  |        |          |                |
| 加入のきっかけ   | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 会員の紹介 <input type="checkbox"/> 事業所の紹介 <input type="checkbox"/> 当協会の掲示<br><input type="checkbox"/> その他( )                               |  |        |          |                |

※協会記入欄 (ここから下は記入しないでください)

|     |      |    |    |     |      |     |      |
|-----|------|----|----|-----|------|-----|------|
| 加入日 | 加入番号 |    |    | 申請日 | 申請番号 | 完了日 | 発送   |
| ・   | ( )  |    |    | ・   |      | ・   | /    |
| 会員  | 口座   | 入金 | 確認 | 管   | 名    | 社   | S 備考 |
|     |      | /  | /  |     |      |     |      |

# 重要事項確認書

私は、貴協会及び労働者災害補償保険第二種特別加入（一人親方労災保険）の加入を申し込むにあたり、下記事項を確認いたしました。

- 私は、労働者災害補償保険法（以下、労災保険法）において定められる建設の事業に従事し、労働者を使用しない、または使用したとしても年間100日以上使用しません。
- 私は、労働安全衛生法等の関係諸法令を遵守し、安全衛生には十分留意し作業に従事します。
- 私は、労災保険の補償開始日は、貴会が労働局に加入申請をした日の翌日以降であることを確認しました。
- 私は、加入時の健康診断の結果によっては加入できないことを理解しました。
- 私は、下記事項に該当した場合、速やかに貴会に連絡いたします。また、連絡しないことによって労災保険の給付を受給できないことがあることを理解しました。
  - ① 年間100日以上労働者（パート、アルバイトを含む）を雇い入れた、又は雇い入れる予定のとき。
  - ② 建設業に従事しなくなったとき。
  - ③ 業種に変更があったとき。
  - ④ 住所、氏名、連絡先に変更があったとき。
- 私は、業務上の怪我等、労災保険の給付請求の事案に該当したときは、本人または代理の者が速やかに貴会に連絡します。また、連絡しないことによって労災保険の給付を受給できなくても、貴会には一切、責任を追究しません。
- 私は、労災保険料・年会費を、貴会の指定した期日までに納付します。なお、指定期日までに納付しない場合、指定期日の月末で退会となることを理解しました。
- 私は、加入時の健康診断を、正当な理由なく指定期日までに受診しない場合、貴会が加入申請を取り下げ、一方的に退会処理をしても差し支えありません。また、取り下げ手数料 5,000 円を支払います。
- 私は、下記事項に該当した場合、労災保険の給付を受給できないことを理解いたしました。また、労災保険法が適用されなくても、貴会には一切、責任を追究しません。
  - ① 労災保険法で定められた建設の事業以外の作業（※1）をしているときに負傷した場合。
  - ② 自己の重大な責（※2）により負傷した場合及び国のために該当した場合。
- 私は、暴力団、暴力団関係企業、総会屋又はこれに準ずる団体（反社会的勢力）に該当しないことを表明し、かつ将来にわたっても該当しないことを確約いたします。
- 私は、貴会を退会するときは退会希望月の 20 日までに脱退届を提出し、労災保険加入証明書を返却します。
- 私は、年度途中で退会した場合、未経過分の保険料（月割）のみを、退会月の翌月末以降に口座振込にて返金されることを理解しました。

## 事例（※1）

- 建築物に取付作業が伴わない製作物（家具等）の製造・加工は建設業にあたりません。
- 空調等の保守メンテナンスのみの事業は建設業にあたりません。
- 船舶における内装仕上作業、塗装、修理等は建設業にあたりません。
- 造園業でも庭木の剪定作業は建設業にあたりません。
- カーペットクリーニングのみの事業は内装工事に行っても建設業にあたりません。
- エレベーターの保守点検のみを行う事業は建設業にあたりません。
- 測量のみを請け負った場合は建設業にあたりません。

## 事例（※2）

- 故意に怪我をして労災保険を受給しようとしたとき。
- 酒気帯びで作業をして負傷したとき。

一人親方特別加入団体

一人親方労災保険協会 会長 殿

年 月 日

氏名

印

自署の場合は押印省略可（2018.4.1）

# 本人確認書類提出用紙

※枠内に運転免許証を重ねてコピーをとってください。

氏名 日本 太郎 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生

住所 〇〇県〇〇市〇〇1丁目23番地

交付 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 12345

平成〇〇年〇〇月〇〇日まで有効

免許の条件等

運転免許証

番号 第 123456789000 号

|     |                |   |   |   |   |   |
|-----|----------------|---|---|---|---|---|
| 二小類 | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 種 | 中 | 型 | 種 | 類 |
| 他   | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 種 | 中 | 型 | 種 | 類 |
| 二種  | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 種 | 中 | 型 | 種 | 類 |

〇〇 公安委員会

※住所変更がある場合は裏面もコピーして貼り付けてください。

備考 平成 〇年 〇月 〇日

新住所: 〇〇市 〇〇区 〇〇-△-△-△

〇〇公安

以下の部分を使用して臓器提供に関する意思表示をすることができます(記入は自由です)。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

(1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。)

【心臓・肺・肝臓・腎(じん)臓・脾(すい)臓・小腸・眼球】

〔特記欄 : 〕 〔自筆署名〕 〔署名年月日〕 年 月 日

※お送りいただきました書類は返却いたしませんので、ご了承ください。

一人親方労災保険協会

(2018.1.10)