

労働者災害補償保険一人親方特別加入
加入申込書

ご加入に際し、本申込書と運転免許証の写しが必要となります。

フリガナ										※整理番号	
氏名										給付基礎日額	年間保険料
住所										↓ご希望の日額に○印をつけてください	
性別										3,500 円	22,995 円
生年月日										4,000 円	26,280 円
自宅										5,000 円	32,850 円
携帯										6,000 円	39,420 円
Eメール (※必須)										7,000 円	45,990 円
業務内容										8,000 円	52,560 円
過去に経験したことがある業務 (✓をご記入ください)										9,000 円	59,130 円
支払方法 (✓をご記入ください)										10,000 円	65,700 円
備考										12,000 円	78,840 円
連絡先										14,000 円	91,980 円
加入希望日										16,000 円	105,120 円
年間会費 (税込)										18,000 円	118,260 円
TEL 078-381-7332 / FAX 078-331-8831										20,000 円	131,400 円
										22,000 円	144,540 円
										24,000 円	157,680 円
										25,000 円	164,250 円

料率：18 /1000

一人親方特別加入監理団体
近畿労務管理協会 会長 池田 英人 殿

誓約書

今回、私は一人親方特別加入団体に入会するにあたり、作業に従事する際は、労働安全衛生法・規則の関係条項を遵守し、安全衛生には十分注意致します。

念書

今回、私は一人親方の団体に加入することにあたり、以下の事項を遵守することを誓います。

- 必要な連絡・書類の提出（特別加入者の変更及び給付日額の変更等）は指定日までに行うこと。
- 労働保険料・協会費は指定日まで完納すること。
- 年度途中での脱退清算の際は、期間途中の加入員証を返却すること。

なお、上記条項に違反した場合は、貴会が強制に脱退処理をすること等、貴会が行う処理に対して異議を申し立てません。

令和 年 月 日

氏名 印