

## 第2種特別加入(一人親方特別加入)加入申込書

■ ご加入希望・資料ご請求の方は下記の太線の枠内にご記入ください。

フリガナ				会則に同意します  		
氏名						
生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 和暦	年	月		日生	
現住所	〒					
	電話	—	—	FAX	—	—
	携帯電話					
	メールアドレス					
緊急連絡先						
業務・作業内容						
屋号	(ある場合のみご記入ください)					
加入希望年月日	<input type="checkbox"/> 西暦	<input type="checkbox"/> 和暦	年	月	日	
↓希望給付基礎日額を○で囲んでください			↓いずれかに○をして年月日をご記入ください			
4,000	12,000	事前健康診断が必要となる特定業種				
5,000	14,000					
6,000	16,000	(資料のチェック表参照)	最初に従事した年月日			
7,000	18,000	1. 粉じん作業を行う業務	年	月	日	
8,000	20,000	2. 振動工具使用の業務	年	月	日	
9,000		3. 鉛業務	年	月	日	
10,000	資料請求	4. 有機溶剤業務	年	月	日	
		5. 該当なし				

### ご加入にあたっての注意事項

- 年度途中で給付基礎日額の変更はできません。  
給付基礎日額の変更は年度更新時に可能です。
- 加入日は遡及できません。  
当会手続き後、労働基準監督署受付の翌日より適用となります。
- 成立年月日は郵送で労働保険加入証明書を郵送します。  
お急ぎの場合はFAXさせていただきます。
- 携帯電話かメールアドレスはご記入必須項目です。
- ご本人・ご住所確認のため免許証かパスポートか住民票等の  
コピー添付が必要です

備考欄

ここに免許証のコピーをお貼りください

その他のコピー等は  
FAXでお申込みの場合は  
同時にFAX送信してください  
封書によるお申込みの場合は  
一緒に同封してください