

| F A Xによる申込の場合  | 郵送によるお申込みの場合                                    |
|--|---|
| 必要事項をご記入の上、お間違えのないようにご送信下さい。<br>F A X番号：0263-28-0061 | 送り先<br>〒399-0001 松本市宮田21-29<br>一人親方建設業共済会事務センター |

一人親方建設業共済会 会長 有田 一男殿

### 入会申込書 兼 誓約書

貴共済会の会則及び注意事項に同意し、労災保険の第二種特別加入の事務処理を委託すると共に、下記の事項を承諾の上、保険料を期日までに納付することを誓約します。

申込年月日 平成 年 月 日

|   |  |                          |                        |                          |        |        |        |
|---|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------|--------|--------|
| 申<br>込<br>者   | 住 所  | 〒                        |                        |                          |        |        |        |
|   | ふりがな   |                          |                        |                          |        |        |        |
|   | 氏 名  | 生年月日                     | 昭和                     |                          |        |        | 年 月 日  |
|   | 電 話  | F A X                    | 平成                     |                          |        |        |        |
|   | 携 帯 番 号  | E-mail                   | (FAX をお持ちの場合必ずご記入下さい。) |                          |        |        |        |
| 主たる元請会<br>社 (省略可)   | 会 社 名  |                          |                        |                          |        | T E L  |        |
|   | 住 所  |                          |                        |                          |        | F A X  |        |
| 業 務 の 内 容<br><small>(該当する工事の種別にチェックして下さい。)</small>  | <input type="checkbox"/> 建築 <input type="checkbox"/> 大工 <input type="checkbox"/> 左官 <input type="checkbox"/> とび <input type="checkbox"/> 土工 <input type="checkbox"/> コンクリート <input type="checkbox"/> 石 <input type="checkbox"/> 屋根 <input type="checkbox"/> 管 <input type="checkbox"/> 電気<br><input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> タイル <input type="checkbox"/> レンガ <input type="checkbox"/> 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<br><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 <input type="checkbox"/> 機械工具 <input type="checkbox"/> 熱絶縁 <input type="checkbox"/> 造園 <input type="checkbox"/> さく井<br><input type="checkbox"/> 地質掘削 <input type="checkbox"/> 建具 <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 消防施設 <input type="checkbox"/> 清掃施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><small>(具体的な業務・作業内容及び、振動等作業の場合は機種名、有機溶剤の場合は溶剤名をご記入下さい。)</small> |                          |                        |                          |        |        |        |
| 特定業務従事歴の有無  |  | 従事した期間                   |                        |                          |        |        |        |
| (一定の従事期間を超えている方は、加入時に健康診断(無料)の受診が義務付けられています。)   |  |                          |                        |                          |        |        |        |
| 粉じん作業を行う業務  | 無  | 有                        | →                      | 年                        | 月頃から   | 年      | 月頃まで   |
| 身体に振動を与える業務   | 無  | 有                        | →                      | 年                        | 月頃から   | 年      | 月頃まで   |
| 鉛 業 務   | 無  | 有                        | →                      | 年                        | 月頃から   | 年      | 月頃まで   |
| 有 機 溶 剤 業 務   | 無  | 有                        | →                      | 年                        | 月頃から   | 年      | 月頃まで   |
| ・塗装工、掘削工、はつり工等の方は加入時の健康診断の必要がありますので上記の特定業務従事歴の有無いずれかに○をし、従事した期間を必ず記入して下さい。<br>・他の建設業の方も加入時の健康診断必要の有・無を判断しますので必ず有・無いずれかに○をして下さい。 |  |                          |                        |                          |        |        |        |
| 除染作業の有無   | 有  | <input type="checkbox"/> | 無                      | <input type="checkbox"/> |        |        |        |
| 給付基礎日額 (円)<br>のいずれかに○   | 3,500  | 4,000                    | 5,000                  | 6,000                    | 7,000  | 8,000  | 9,000  |
|   | 10,000   | 12,000                   | 14,000                 | 16,000                   | 18,000 | 20,000 | 22,000 |
|   | 24,000   | 25,000                   |                        |                          |        |        |        |
| 加 入 希 望 日   | 平成 年 月 日から加入希望   |                          |                        |                          |        |        |        |

- 健康診断の必要な業務は、指定された日に必ず受診します。
- 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。
- 故意に保険料の納入を遅延した時、健康診断を受診しないとき、その他共済に提出すべき一切の書類の記載事項に、故意に事実と異なる記載をしたことが判明した時は、共済員としての資格を取り消されても一切異議申立を行わないことを誓約します。

★一人親方建設業共済会会則及び政府労災 第二種特別加入についての注意事項★  
(必ず御一読の上、お申し込み下さい。)

1. 今回、一人親方建設業共済会(以下「当共済会」という)に入会するにあたり作業に従事する際には労働安全衛生法・規則の関係条項を遵守し、安全衛生には充分注意してください。
2. 労働者災害補償保険法(以下「法」という)補償開始日は当共済会が労働基準監督署へ申請を提出した日の翌日からとなります。
3. 以下に該当する場合は入会のお申込みをお断りさせていただくことがございます。
  - ① 入会の意図が社会的、倫理的見地から鑑みて不当または労災保険給付の不正受給などであると思われる場合
  - ② 当共済会規定の一人親方特別加入の条件を満たさない場合
  - ③ その他、当共済会が入会希望者を会員とすることを不適当と判断する場合
4. 労働基準監督署への申請手続きは保険料等の入金を確認した後に開始します。保険料等ご希望の補償開始日の3営業日前までに指定口座へ指定金額の全額をお振込み下さい。万が一お振込み期日までにご入金がない場合は加入の意思がないものと判断し加入手続きを中止いたします。なお、営業日とは土・日・祝祭日・夏期休暇・年末年始を除く平日午前9時から午後5時です。
5. 加入手続き中止後にご入金があった場合、再度加入をご希望の場合は補償開始日が遅延する場合がございます。なお、補償開始日遅延によって発生する損害等に関して、当共済会は一切責任を負いません。
6. 加入にあたっては免許証や住民票、国民健康保険証、在留カードのコピーなど本人を確認する書類を必ず添付してください。また、緊急連絡先となる電話番号かメールアドレスについても明記してください。これは万が一の事故発生時やお手続きの際に必要なものとなります(携帯番号可)。なお、添付資料やご記入頂いた事項についての取扱いは当共済会の個人情報の取扱いに準じます。
7. 当共済会に加入したのち、毎年三月の年度更新時においては、特別加入の変更・脱退、給付基礎日額の変更をすることができます。上記事項につき変更がある場合は、必ず年度更新処理が終了するまでにお申出ください。年度更新処理期限が到来しても変更のお申し出なき場合は、継続更新する意思なきものとして脱退手続きさせていただきます。
8. 年度更新の書類は毎年1月下旬以降に当共済会より書類を郵送又はFAXいたします。当共済会が指定する期日までに関係書類の提出と保険料等の納付を完了してください。脱退をご希望の際は、必ず当共済会までご連絡下さい。なお、脱退のご連絡がない場合は、年度末に脱退する意思表示があったものと見なし、年度末をもって脱退とします。あらかじめご了承下さい。
9. 以下のいずれかに該当する場合は、加入者の合意なしに当共済会の判断によって脱退手続きを取らせていただきます。あらかじめご了承下さい。
  - ① 当共済会指定のお振込み期限までにご入金がなく、数度の督促にも入金又は応答がない場合
  - ② 指定連絡先に一定期間連絡が付かない場合
  - ③ 日本国内外を問わず法令に違反し、当共済会が脱退手続きを取ることが相当であると判断した場合
  - ④ 当共済会の加入者としてふさわしくないと判断した場合
  - ⑤ その他上記に準ずる場合
10. 事前健康診断が必要な方において、自己の都合により健康診断を受診しない場合は労働保険取下げ手続きを行わせていただきます。この場合は、入会金及び月会費はお返ししません。
11. 以下に該当した場合は速やかに当共済会までご連絡下さい。ご本人が連絡できない状態にある場合は、代理人の方でも結構です。
  - ① 年間100日間以上従業員を雇い入れている、又は雇い入れる予定がある場合(アルバイト・手伝いを含む)
  - ② 業種を変更したとき(建設業でなくなったとき)
  - ③ 住所・氏名及び連絡先を変更したとき
  - ④ 業務上又は通勤途上において、けがをしたとき、死亡したとき、その他の要因により死亡したとき  
ご連絡がない場合は労災上の補償を受けられなくなることがありますのでご注意ください。なお、ご連絡がなく各種変更手続や申請手続ができなかった場合に生じる損害等に関して、当共済会は一切責任を負いません。
12. 年度の途中で退会した場合、労災保険料のみ返金させていただきます。ただし、既に労働局に納付している保険料の返金は、多少の時間を要しますのでご協力をお願いいたします。(振込手数料をご負担いただきます。)
13. 加入希望者及び会員は、上記会則を遵守し、会則の執行により被った損害等に関しかなる名目においても当共済会に損害等を請求できません。また、当共済会は、上記会則の執行により加入希望者、会員に生じる如何なる損害等に関しても一切責任を負いません。

## 運転免許証等のコピー

※ 入会申込書・運転免許証（又は国民健康保険証、在留カード）の写しをご送付下さい。（下記 FAX 又は住所宛）

〒399-0001  
長野県松本市宮田21-29  
一人親方建設業共済会宛  
FAX 0263-28-0061

(201404)