

金沢労基広親会入会
一人親方労災保険特別加入委託

申込書

金沢労基広親会 殿

No. _____

加入 申込 者	住 所	〒	TEL () -
	(フリガナ)		FAX
	氏 名		() -
	生年月日	S H	年 月 日
	携帯電話番号		- -
	職 種 (できるだけ詳しく)		
主に所属している事業場 (屋号または団体等)			TEL () -
希望する給付基礎日額	3,500円	4,000円	5,000円 その他 ()
委 託 年 月 日 (加 入 希 望 日)		令和	年 月 日
【 特定業務に従事した期間 】 一定期間以上従事した場合は 加入時の健康診断が必要です	イ 粉じん作業業務 ロ 振動工具使用業務 ハ 鉛 業 務 ニ 有機溶剤業務 ホ 特定業務なし		年 月 年 月 年 月 年 月

上記の通り貴会への入会及び労災保険特別加入委託を申し込み、下記の事項を誓約します。

- 必要な身分証明書を提示します。
- 住所・氏名等の変更が生じた場合はすみやかに貴会へ届出ます。
- 保険料および委託手数料は、定められた期日までに納入します。
- 保険料の納入を遅延した場合や書類の記載事項が事実と異なる場合、会員としての資格を取り消されても一切の異議申立てを行わないことを誓約します。

令和 年 月 日

申込者氏名

印