

① 一人親方 特別加入 申込書

近装連一人親方特別加入共済会の規約・事務処理規定に同意し、下記の通り一人親方特別加入を申し込みます。

加入申込書は、取りまとめて各組合へ郵送ください。

※申込には、必ずこの用紙をコピーしてご使用ください。

(記入内容は、ボールペンなどでハッキリとご記入ください)

西暦 年 月 日

フリガナ			性別
加入者氏名			男・女
生年月日	西暦	年 月 日	才
住所	〒 □□□-□□□□	電話番号 ☎ () -	
		携帯番号 ☎ () -	
作業の具体的内容			
特定業務の有無 [有の場合は該当する番号を○で囲んでください]	1. 粉じん作業を行う業務	特定業務に最初に従事した日	年 月 日
	2. 振動工具使用の業務	特定業務に従事した期間の合計	ヶ月 日
3. 鉛業務			
4. 有機溶剤業務			
入会年月日	年 月 日	～	年 03月31日 ヶ月
⑦ 申請給付基礎日額及び保険料	給付基礎日額	円	
	年間保険料	円×	ヶ月 / 12ヶ月 = 円
⑧ 入会金	3,000 円	⑨ 会費 500 円/月	@500× ヶ月 円
合計金額 ⑦+⑧+⑨	この欄は記入しないでください。共済会にて計算します。		円
保険料の振込	近装連一人親方特別加入共済会より請求書を送付致します。 保険料の振込を確認後、加入証明書を送付致します。		
取りまとめ組合を○で囲んでください	大阪 ・ 京都 ・ 滋賀県 ・ 兵庫県 ・ 奈良県 ・ 和歌山県		
紹介組合員名			

●保険期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までです。●年度途中の加入の場合、保険料は月割り計算です。

② 誓約書

近装連一人親方特別加入共済会会長 殿

私は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、安全衛生には十分注意致します。

西暦 年 月 日

住所

氏名

印