

一人親方労災保険特別加入申込書

紹介者(工務店等)		
氏名 必須	ふりがな 必須	男・女
住所 必須	〒 ー	
携帯電話 必須		TEL 無・有 FAX 無・有
メールアドレス 必須		
生年月日 必須	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
給付基礎日額 (○をつけて) 必須	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円 7,000円 8,000円 9,000円 10,000円 12,000円 14,000円 16,000円 18,000円 20,000円 22,000円 24,000円 25,000円	
職種(具体的に) 必須		
粉じん、塗装業務等の 場合 作業従事歴	従事期間	取扱工具(又は材料)名、又は作業様態
	年 月～ 年 月 年 月間	
支払方法	一括払い ・ 分割払い (3月末までの残月数が5ヶ月未満のときは分割払いできません)	
加入希望日 必須	<u>労働局へ届け出た翌日以降30日以内の日</u> 1. できるだけ早く 2. 翌月1日 3. その他 ()	
備考 何か疑問があれば書いて下さい		

※ 加入承認年月日 : 令和 年 月 日(当組合で記入します)

パル建設組合 殿

上記のとおり、パル建設組合に加入を申し込みます。

※FAX 072-265-6288 (仮受付します)

※免許証などの身分証明書のコピーを添付してください。

※加入承認日より労災保険の保険対象となります。