

一人親方労災加入申込書

2021.3 改定

地 本 名		労働保険番号	11101-934208-001-		
		組合員番号	— —		
支 部 名		TEL	FAX		携帯
住 所	〒 —				職 種
フリガナ		生 年 月 日		S · H	
氏 名				年	月 日
○ 印	給付基礎日額	保 険 料		手 数 料	合 計 (保険料+手数料)
		(月加入)	(年額)		
	3,500		22,986	1,100	
	4,000		26,280	1,100	
	5,000		32,850	1,100	
	6,000		39,420	1,100	
	7,000		45,990	1,100	
	8,000		52,560	1,100	
	9,000		59,130	1,100	
	10,000		65,700	1,100	
	12,000		78,840	1,100	
	14,000		91,980	1,100	
	16,000		105,120	1,100	
	18,000 ※1		118,260	1,100	
	20,000 ※1		131,400	1,100	
	22,000 ※1		144,540	1,100	
	24,000 ※1		157,680	1,100	
	25,000 ※1		164,250	1,100	
一人親方上乘せ補償 加入の有無		有 (A · B)			無

* 加入する給付基礎日額に○印をつけてください。 * 保険料の算出方法は、給付基礎日額×365×1000分の18です。

※1… 給付基礎日額が18,000円以上の場合は、本人の所得水準を証明できる書類の提出を求めること。
 【例】直近の確定申告書、所得(課税)証明書、前1年間の工事請負等の工事関係書類など

月	加入を希望します。 *必ずご記入ください	【本部記入欄】	適用開始日 / ~
---	----------------------	---------	-----------

上記の通り、一人親方労災保険料及び手数料を添えて申し込みます。
 全建総連埼玉県建設労働保険組合 殿

令和 年 月 日 氏 名 (印)

* ご記入いただいた氏名・生年月日等は労災保険に関する業務以外では一切使用致しません。

本人 確 認 欄	写真付き身分証明書の場合 (いずれか1点)		写真なしの身分証明書の場合 (以下のうち2点)	
	確認書類	特記事項	確認書類	特記事項
		運転免許証		健康保険証 (種類:)
		パスポート (住所記載あり)		年金手帳
		マイナンバーカード		住民票
			公共料金の領収書	

※本人確認は原則、写真付き身分証明書の提示を求め、そのコピーを取る (写真付きの身分証明書が無い場合は、写真なしの身分証明書とする)
 ※代理者による手続きの場合は、代理者についても加入者と同様に本人確認を行う (代理者情報は余白に記入)