

政府管掌労働者災害補償保険
特別加入申込書(一人親方等)

労働者災害保険補償法の一人親方等の特別加入に加入申請致します。

* 申込時には、顔写真付き身分証明書(運転免許証、パスポート、個人番号カード等)の写しを添付してください。

茨城労働保険建設協会
会長 安田 健一 殿

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名	Ⓜ	昭和 平成	年 月 日
屋号		性別	男・女
フリガナ			
住所	〒 TEL - - 携帯 - - FAX - -		
希望する 給付基礎 日額	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		
業種・職種			
除染作業	無・有		
【 特定業務について (裏面を確認してください) 】			
該当なし・該当有り (粉じん・振動工具・鉛・有機溶剤)			
該当有りの場合	作業内容及び作業に用いる工具(又は材料、薬品等)の名称		
	上記の業務に従事した期間	年 月から	年 月まで
		年 月間	
備考			

加入時健康診断が必要な業務の種類

特別加入予定者の業務の種類	特別加入前に 左記の業務に 従事した期間 (通算期間)	必要な健康診断
粉じん作業を行う業務	3年以上	じん肺健康診断
振動工具使用の業務	1年以上	振動障害健康診断
鉛業務	6か月以上	鉛中毒健康診断
有機溶剤業務	6か月以上	有機溶剤中毒健康診断

上記の業務に一定期間従事したことがある場合、加入時健康診断(無料)の受診が必要です。

【ご注意ください】

- * 業務の内容や業務歴等について虚偽の申告をした場合、申請が承認されない、または、保険給付が受けられないことがあります。
- * 健康診断の結果によっては、加入が認められない場合がございます。