

一人親方労災 入会申込書 兼 誓約書

一人親方労災組合 NIPRE大阪 殿

①申込者

ふりがな	性別	生年月日	昭和	年	月	日
氏名	印 男 女		平成			
住所 〒	府 / 県					
加入要件は住民票のお住まいが大阪府・兵庫県・京都府・奈良県・和歌山県のみ						
電話番号	携帯番号	FAX番号				

②業務（建設工事）の内容

記入例（電気工事・大工工事・内装工事・土木工事・とび工事・機械器具設置工事・塗装工事・防水工事・管工事・造園工事等）
--

③特定業務従事歴の有無 有の場合は事前健康診断が必要となります。

業務	従事歴	従事した年月	使用している有機溶剤・工具・作業
粉じん作業業務	無・有	年 月～ 年 月頃	
振動工具業務	無・有	年 月～ 年 月頃	
鉛業務	無・有	年 月～ 年 月頃	
有機溶剤業務	無・有	年 月～ 年 月頃	

上記特定業務に該当する方は加入時の健康診断が必須となります。

検診受診後、承認通知（所轄労働局より）を受けてから労働保険加入証明書を発行致します。

④加入希望月

月から加入希望

⑤除染作業の実施予定 いずれかに

除染作業の実施予定	無 ・ 有
-----------	-------

⑥希望する給付日額 いずれかに

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

⑦誓約事項

下記の事項を承諾し、当組合の定款及び規則等を遵守します。指定期日までに保険料の納入を遅延したとき、当組合に提出する書類の記載事項に事実と異なった記載をしたことが判明した時は、組合員としての資格を取り消されても異議申し立てを行わないことを誓約します。

- 当組合に加入できる資格は、従業員を常時雇用しない個人事業主・法人役員とその家族従事者となります。
- 労災保険料及び年会費は、毎年3月の指定期限までに全額納入します。
- 住所・氏名・電話番号等に変更を生じたときは、速やかに貴組合に連絡します。
- 労働安全衛生法を遵守し、業務災害の防止と安全に努め、労災事項が発生した場合の事故の状況は事実を報告します。

印

一人親方加入・添付シート

一人親方労災組合NIPRE大阪

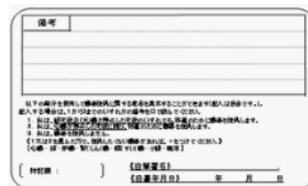
大阪市中央区本町3-2-6本町ドリームビル4F
TEL06-6484-7881

本人確認書類添付台紙

運転免許証 表面



運転免許証 裏面



運転免許証が無い場合は下記いずれか2点を張り付け下さい。

- ・国民健康保険証のコピー
- ・印鑑登録証明書
- ・住民票の写し又は住民基本台帳カードのコピー
- ・パスポートのコピー
- ・在留カード・特別永住者証明書のコピー
- ・マイナンバーカードのコピー

いずれか
2点

本人確認書類は、名前・生年月日が確認できる公的な書類を提出下さい。

入会申込書・本人確認資料の送付先



06 - 6484 - 6299



k-nisio@rose.ocn.ne.jp



〒541-0053 大阪市中央区本町3-2-6本町ドリームビル4F
一人親方労災組合 NIPRE大阪 宛