

■労災研究所グループ 御中 下記の事項を誓約・確認・同意し、加入申込みします。

【誓約事項】

- 作業に従事する際は、労働安全衛生法・労働安全規則等の関係条項を遵守し、安全衛生に十分注意します。
- 指定期日を経過しても保険料等が納付されない場合は、貴会が一方的に本保険の脱会および本会退会手続きをしてもさしつかえありません。

【確認事項】

- 自己の収入に基づき給付基礎日額を決定いたしました。
- 給付基礎日額に基づく補償内容に合意いたしました。

【個人情報に関する同意】

- 本保険に関する個人情報は、保険手続き履行するため当グループが利用するほか業務関係先（役所、金融機関等、システム維持会社等）に提供します。

会社名 _____
 又は 氏名 _____ (印)

■加入申込書(一人親方・中小事業主) ※中小事業主は、東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県・山梨県の方が対象。

【共通事項(一人親方・中小事業主)】

一人親方	フリガナ 氏名 フリガナ (屋号)	() (印)	生年月日	年	月	日
中小事業主	会社名 役職名 代表者氏名	() (印)				
住所	〒					
	TEL ()	FAX ()	携帯 ()			
除染作業の有無	除染作業あり		除染作業なし			
業務内容 該当する作業に ○をして下さい	1. 土木工事 2. 建築工事 3. 大工工事 4. 左官工事 5. 屋根工事 6. 管工事 7. 電気工事 8. 防水工事 9. ガラス工事 10. 水道施設工事 11. 塗装工事(内装or外装) (経験年数 年 月、取扱薬品名) 12. 機械器具設置工事 13. とび工事 14. 型枠コンクリート工事 15. 内装仕上工事 16. タイル・レガ・ブロック工事 17. 板金工事 18. 建具工事 19. 鉄筋工事 20. その他 () ※業務内容により健康診断の受診が必要です					
加入希望日	年	月	日			

【一人親方の方のみ記入してください】

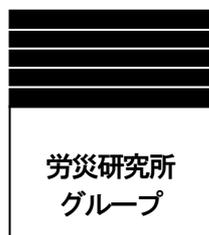
加入プラン	円
-------	---

【中小事業主の方のみ記入してください】

特別加入者	生年月日	加入プラン	役職名	年間自社元請額	円
	年 月 日	円		従業員数	人
	年 月 日	円		就業時間	～
	年 月 日	円		休憩時間	～

【元請会社との関係を記入してください】

元請会社名	一次業者名	二次業者名	三次業者名	四次業者名
支店等名				



申込み・照会先 東京都豊島区目白2-16-22 久野ビル 2F
労災研究所グループ TEL :03-3981-3950 FAX:03-3981-3940