ＦＡＸ送信先０４２２－２７－５２３０　※運転免許証のコピーを一緒にＦＡＸしてください

東京労災一人親方部会　【年払い】 加入申込書　　ＦＡＸ・郵送用

東京労働局長(管轄労働基準監督署経由)殿　　東京労災一人親方部会長　殿　給付日額３５００円

貴会の<注意事項及び会則に同意し、以下の通り貴会及び第二種特別加入を申し込みします

貴会の総会・諸会議における各決議事項については、理事長に委任致します。

		申込年月日	令和　　年　　月　　日
フリガナ		性　　別	□男　・　□女
氏名　(同意書欄)	印	生 年 月 日	昭・平　　年　　月　　日 (　満　　歳)
フリガナ			
住　　所	〒　　－		
自宅電話	(　　)　　－	会社電話	
携帯電話	０　０－　　－	ＦＡＸ	
メールアドレス			

該当する建設業の工事種別にチェックしてください。

□大工(型枠を含む)　□左官　□とび・土工・ｺﾝｸﾘｰﾄ　□石　□屋根　□電気　□管　□ﾀｲﾙ･ﾚﾝｶﾞ・ﾌﾞﾛｯｸ　□鋼構造物　□鉄筋　□舗装　□しゅんせつ　□鈑金　□ｶﾞﾗｽ　□塗装　□防水　□内装　□機械器具設置　□電気　□通信　□造園　□さく井　□建具　□水道施設　□消防設備　清掃施設　　※除染作業　有　・　無(必ずいづれかに○)

具体的な業務内容・作業内容を書いてください。

加入希望年月日はいつですか　　平成　　年　　月　　日　を希望

いずれかに○をして年月日を記入してきださい。　↓　事前健康診断が必要となる特定業種

従事期間が超えている方は、加入時に健康診断(無料)の受診が義務づけられています。

１．粉じん(ｱｽﾍﾞｽﾄを含む)作業を行う業務	年　月～　年　月　　通算　年　ヵ月 ※通算３年以上は健康診断が必要
２．振動工具使用の業務	年　月～　年　月　　通算　年　ヵ月 ※通算１年以上は健康診断が必要
３．鉛または化合物を使用する業務	年　月～　年　月　　通算　年　ヵ月 ※通算６ヵ月以上は健康診断が必要
４．有機溶剤業務	年　月～　年　月　　通算　年　ヵ月 ※通算６ヵ月以上は健康診断が必要
５．該当なし　上記職種の経験はありません	

■年払い方式(給付基礎日額３,５00円)　　※　加入希望月にチェックしてください。　　(単位：円)

□4月	□５月	□６月	□７月	□８月	□９月	□１０月	□１１月	□１２月	□１月	□２月	□３月
49.218	47.408	45.559	41.589	39.779	37.969	33.959	32.150	30.340	26.330	24.520	22.710

◎加入月の上記金額を振り込みまたは持参してください。
◎現住所の(□運転免許証　□住民票　□国民健康保険)公的書類のコピーを添付
※年払い方式は、年度途中の解約が出来ません。やむをえず解約する場合は解約手数料(3,150円)　がかかり、残金額は翌年度の年度更新までに返金させて頂きます。

振込先　※振込料はご負担ください
三菱東京ＵＦＪ銀行　吉祥寺支店
普通　**0203689**
口座名義　東京労災一人親方部会

個人情報についての確認事項

１．当会は、本人以外に加入脱退等の個人情報をお知らせすることはいたしません。
２．当会から自己の個人情報の通知を本人以外に希望される場合は、その都度会員本人が当会まで御連絡ください。

※本申込み、現住所証明書及び加入希望月の保険料等の入金確認後、手続となります。

ここに運転免許証または国保被保険者証のコピーを貼　りください。

その他のコピー等はFAXでお申し込みの場合は同時にＦＡＸ送信してください。
郵送の場合は、この申込書と同封してください。

※この原本は必ず本人捺印の上、同封された返信用封筒にてご返送下さい。