

一人親方組合加入申請

受付日：令和 年 月 日

1. 事業所名	〒 ー		TEL
			FAX
			携帯
2. 所在地	〒 ー		
3. 対象者	フリガナ	事業主との関係	⑩
	氏名		
4. 住所	〒 ー		TEL
			FAX
5. 生年月日	年 月 日 (才)	6. 性別	1.男 2.女
7. 業務内容			
8. 特定業務の有無	特定業務に就いたことがありますか？ (*特定業務とは下記「9.特定業務」を参照のこと) ある (年頃から 年間) ない		
9. 特定業務	8.であると回答した場合はご記入願います。 イ. 粉じん作業を行う業務 ハ. 鉛業務 ロ. 振動工具の使用 ニ. 有機溶剤業務		
10. 就業時間	時～ 時 (休憩時間 時～ 時)		
11. 加入希望日	年 月 日から	監督署が受理した翌日からの補償開始となりますのでご注意ください。	
12. 希望日額	_____円	休業補償等の1日の給付希望日額約8割程度が実質給付となります。	
ご 注 意	* 特定業務に就いたことのある方は、加入前検診を受診戴くことがあります。 * 加入希望日は、監督署が受理した日の翌日からとなります。 * ご不明な点等がありましたら、下記までお問合せください。 朝倉商工会議所 (労働保険事務組合係) TEL 22-3835 FAX 22-5166		