

入 会 申 込 書

一人親方様式 1 (6)

九州一人親方福祉協会 殿

私は、下記の通り、貴会に入会し労働保険事務を委託します。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

フリガナ 氏 名					
生年月日	昭和 年 月 日 平成				
現住所	〒				
電話番号	(自宅)		(FAX)		
(携帯)					
業務又は 作業内容	(記入例：大工、左官、とび職人、配管工事、研り工、電気工事、機械・器具の据付工事など)				
特定業務の 従事状況	次の業務に該当しますか。「はい」または「いいえ」を○囲みください。 ※「はい」に該当する業務に従事する場合は加入時健康診断が必要です。 ※具体的な「粉じん作業」「振動工具」「有機溶剤」についてはお問合せください。				
	粉じん作業に 3年以上従事 ・はい ・いいえ	振動工具使用業務に 1年以上従事 ・はい ・いいえ	鉛業務に 6か月以上従事 ・はい ・いいえ	有機溶剤業務に 6か月以上従事 ・はい ・いいえ	業務内容に除染 が含まれるか ・はい ・いいえ
「はい」の場合 最初に従事した年月	昭和 年 月～ 平成	昭和 年 月～ 平成	昭和 年 月～ 平成	昭和 年 月～ 平成	昭和 年 月～ 平成
加入希望 年月日	令和 年 月 日 より 西 暦 ※希望年月日は保険適用日とは異なります。				
希望 給付基礎 日額	(希望される給付基礎日額を○で囲んでください。)				
	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 ※ 給付基礎日額は、ご自身の所得水準に応じた金額をお願いします。				
納付回数	(希望される納付回数を○で囲んでください。)				
	・一括納付を希望する 年度単位で一括納付になります。		・分割納付を希望する 年度を3期に分けて分割納付になります。 期の途中での加入の場合は3分割できないこともあります。		

※ 記載内容に虚偽や誤りがあった場合は、入会契約が無効となりますのでご注意ください。

事務担当	理 事	確認資料
/	/	・免許証・パスポート ・住基カード(写真有・無) ・住民票・健康保険証 ・年金手帳 ・他()