

取りまとめ加入申込書

九州一人親方福祉協会 殿

私は、下記事項に同意し、貴会に建設業一人親方の取りまとめ加入を申し込みます。

記

1. 発注者・建設会社の担当者や加入希望者の代表者が、一括して一人親方労災保険の手続きを行うことを「取りまとめ加入」といいます。
2. 加入希望者が申込日以前に特定業務に一定期間従事していた場合、加入時健康診断を受けなければなりません。取りまとめ者は加入希望者の健康診断受診に関して可能な限り協力してください。
3. 加入者の意思に反して取りまとめ者が手続きを行った場合、当事者同士で問題解決してください。当協会は一切の責任を負いません。
4. 取りまとめ者から提供された情報を基に当協会は手続きを行います。情報の不足や誤りにより加入者に不利益が発生しても当協会は責任を負いません。加入者の情報等に変更があった場合も同様です。
5. 取りまとめ者は指定期日までに加入者の料金等を納付してください。万が一、期日までに納付できなかった場合は、指定する月の末日をもって脱退といたします。
6. 取りまとめ者は指定期日までに加入者の年度更新の意思確認を行ってください。万が一、期日までに意思確認が完了できなかった場合は、年度の末日をもって脱退といたします。

以上

申込日	年 月 日		
フリガナ		フリガナ	
会社名・屋号		取りまとめ代表者 (担当者)氏名	
住 所	〒		
電話番号	(会社) (携帯)	(FAX)	
メールアドレス			
労災番号	・労災番号の事前連絡	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
加入者証	・特別加入者証明書(カード式)	<input type="checkbox"/> 取りまとめて発送を希望	<input type="checkbox"/> 個別発送を希望
備考欄	ご連絡事項、及び、2回目以降の料金のお知らせや更新手続き方法等のご希望事項がございましたら記載ください。		

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