

一人親方労災特別加入事務センター 「とりまとめ会社等」確認書及び基本情報登録シート hp

このたび、貴センターの定款、事務処理規約及び会則等に同意し、貴センターへ「とりまとめ」にて複数名の建設業に従事する一人親方の加入申込みをいたします。

記

1. 「とりまとめ」とは、発注者、建設会社または親族等（以下「とりまとめ会社等」という。）が、加入希望者または会員（以下「会員等」という。）の承諾を得て加入、脱退、変更及び更新の手続き（以下「各種手続き」という。）並びに入会金、会費、労災保険料（以下「保険料等」という。）及び手続き会費等（以下「会費等」という。）の支払いをとりまとめて行うことで、本人に代わって加入者証の受領をすることができることをいう。
2. 会員等は、当センターへの各種手続きをとりまとめ会社等に依頼することができる。その場合、会員等の意思に反する各種手続きがとりまとめ会社等によって行われたときは、会員等ととりまとめ会社等との間で当該手続きに関し適切に処理し、当センターには一切の異議申立、損害賠償の請求はできないものとする。
3. 年度更新の意思確認は、毎年1月以降に当センターよりとりまとめ会社等宛に郵送、FAXまたはメールにて行う。とりまとめ会社等は、指定期日迄に当センターの定める方法による意思確認かつ保険料等の納付（以下「継続手続き」という。）を完了しなければならない。指定期日迄に継続手続きが確認できないときは、年度末に脱退する意思表示とみなし、年度末をもって脱退とする。

右の太枠欄すべてをご記入ください。	とりまとめ申込日	平成 年 月 日			
	フリガナ	※記入不要 センター記入欄			
	会社名・屋号				
	代表者役職名	フリガナ	氏名 (印)		
	ご担当者様 所属・役職	フリガナ	氏名		
	所在地 〒	都・道・府・県 市			
	会社電話番号 ()	—	会社 FAX 番号 ()	—	
	ご担当者につながる電話番号 ()	—	←連絡の取れる電話番号をご記入ください。		
パソコンメールアドレス	@				

会社実印を押印してください。

とりまとめ会社等の登録完了後、整理番号をご連絡させていただきます。

加入申込書・国民健康保険被保険者証と一緒にFAX送信してください。
労災事務センター FAX 0120-931-486

一人親方労災特別加入事務センター とりまとめ加入申込書 hp

記入不要 センター記入欄	とりまとめ会社等名称	ご担当者につながる電話番号 () -
--------------	------------	------------------------

一人親方労災特別加入事務センター 理事長 殿

私は、貴センターの定款、事務処理規約及び会則等に同意し、とりまとめ会社等が各種手続きを行うことに同意します。

私は、下記の通り所得に応じた給付基礎日額、保険期間を選択し、かつ特定業務に関する確認事項について不実記入のないことを誓約し貴センターへの加入及び第二種特別加入を申し込みます。

加入申込年月日	平成 年 月 日	今回の申込みは () 人です。
いずれかに✓をつけてください 「超早」サービスを <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない	加入希望月	平成 () 年 () 月加入希望です
	加入期間	希望する加入期間に✓をつけてください <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 長期 (H28年度末まで)

注1) 「超早」とは、当日 13 時までに加入申込み完了で同日 17 時 30 分までに加入者証の発行、労災保険番号のお知らせをお約束する業界初のサービスです (加入者証は翌営業日郵送)。

注2) 加入期間は月を単位としており、加入日がその月の末日であっても1ヶ月として計算されます。

注3) 保険期間; 加入承認日より上記加入期間のうちセンターが認めた期間内となります。

フリガナ 氏名 (印)	男・女	加入希望者が未成年者の場合は、以下の質問にお答えください。 1. 父母のどちらかが一人親方ですか はい いいえ 2. 結婚していますか はい いいえ FAX 受信後、別途提出書類のご連絡をさせていただきます。			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生				
連絡先	携帯電話	— — 自宅電話 () —			
	自宅 FAX	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自宅電話と同じ <input type="checkbox"/> 違う → FAX 番号 () —			
現住所	〒 — — 【 】 都・道・府・県				
下記の中から所得に応じた給付基礎日額を選択し✓をつけてください。					
<input type="checkbox"/> 3,500 円	<input type="checkbox"/> 4,000 円	<input type="checkbox"/> 5,000 円	<input type="checkbox"/> 6,000 円	<input type="checkbox"/> 7,000 円	<input type="checkbox"/> 8,000 円
<input type="checkbox"/> 9,000 円	<input type="checkbox"/> 10,000 円	<input type="checkbox"/> 12,000 円	<input type="checkbox"/> 14,000 円		
※ <input type="checkbox"/> 16,000 円	※ <input type="checkbox"/> 18,000 円	※ <input type="checkbox"/> 20,000 円	※ <input type="checkbox"/> 22,000 円	※ <input type="checkbox"/> 24,000 円	※ <input type="checkbox"/> 25,000 円
※の給付基礎日額を選択した場合は、所得金額 (5,840,000 円~9,125,000 円) の市区町村発行の所得証明書原本送付が必要です。この場合、「超早」サービスはご利用できません。また、加入期間は加入承認日より H29.3.31 までとなります。					

下記の中から主として従事する工事種別を選んで✓をつけてください。						
<input type="checkbox"/> 電気	<input type="checkbox"/> 内装	<input type="checkbox"/> とび・土工・コンクリート	<input type="checkbox"/> 大工	<input type="checkbox"/> 管	<input type="checkbox"/> 塗装	
<input type="checkbox"/> 機械器具	<input type="checkbox"/> 電気通信	<input type="checkbox"/> 防水	<input type="checkbox"/> 鋼構造物	<input type="checkbox"/> 板金	<input type="checkbox"/> タイル・れんが・ブロック	
<input type="checkbox"/> 建具	<input type="checkbox"/> 左官	<input type="checkbox"/> 石	<input type="checkbox"/> 解体	<input type="checkbox"/> 熱絶縁	<input type="checkbox"/> 鉄筋	<input type="checkbox"/> 造園
<input type="checkbox"/> ガラス	<input type="checkbox"/> 屋根	<input type="checkbox"/> 消防施設	<input type="checkbox"/> ほ装	<input type="checkbox"/> しゅんせつ	<input type="checkbox"/> さく井	<input type="checkbox"/> 洗い工事
<input type="checkbox"/> その他 (工事を具体的にご記入ください)						

事前にご確認いただきました「加入前の健康診断確認事項」を元にお答えいただき✓をつけてください。		
1	一人親方ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」を選ばれた方は加入できません
2	除染作業をしますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3	粉じん作業に従事していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4	振動工具を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5	屋内作業で鉛を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6	有機溶剤を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
※加入前健康診断が必要な場合、「超早」サービスはご利用できません。また、加入期間は加入承認日より H29.3.31 までとなります。		

この申込書を FAX 受信し内容確認した後に、保険料等のご連絡をいたします。

国民健康保険被保険者証の写しと一緒に FAX 送信してください。

労災事務センター FAX 0120-931-486

左の太枠欄すべてをご記入ください。

国民健康保険被保険者証の写し貼付シート

1. 国民健康保険被保険者証などを貼付し、加入申込書と一緒にFAX送信してください。

※国民健康保険被保険者証がお手元がない場合は、以下のいずれか1つ

- ・自動車運転免許証（両面）
- ・住民票（マイナンバーが記載されていないもの）

※【日本国籍以外の方】在留カード（両面）または特別永住者証明書（両面）を貼付してください

この枠内に公的証明書を貼ってください

注) FAX 送信しますと明るさ、画質等が大幅に変わります。コピーする際にできるだけ明るく（濃さの調整の場合は薄く）・大きく拡大（140%程度）してください。（内容が判読できない場合、再度送信をお願いすることがあります。）

※ 当センターは、収集した公的証明書は内容確認後すぐに廃棄しています。

・保険給付の内容につきましては、厚生労働省ホームページをご確認ください。

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/dl/040325-12.pdf>

加入申込書と一緒にFAX送信してください。

労災事務センター FAX 0120-931-486