

岩装協一人親方特別加入共済会申込書

※印は必須項目	受付日	令和 年 月 日	整理番号				
※	フリガナ						
※	氏名	Ⓜ					
※	親方との関係	本人 ・ 家族従業員()					
※	生年月日	昭和 平成	年	月	日生		
※	現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>					
		電話	-	-	FAX	-	
		携帯電話	-	-			
※	緊急連絡先	-	-				
※	業務・作業内容	(なるべく詳しくご記入ください。)					
	屋号	(ある場合ご記入ください)					
※	加入希望年月日	平成	年	月	日		
※	給付基礎日額(円)	3,500	4,000	5,000	6,000	7,000	8,000
		9,000	10,000	12,000	14,000	16,000	18,000
		20,000	22,000	24,000	25,000		
		(希望する加入給付基礎日額を○で囲んでください)					

- 1～4 のいずれかの特定業種に従事されていた方はご記入ください(加入時前健康診断が必要です)
 ※ 検診必要な方には受診後、健診結果が出てから労働保険加入証明書を発行致します。
 従事されていない方は、5 に○を付けて下さい。

特定業種	最初に従事した年月	従事した期間の合計	使用している有機溶剤・工具・作業について
1 粉じん作業業務	年 月	年 ヶ月	
2 振動工具業務	年 月	年 ヶ月	
3 鉛業務	年 月	年 ヶ月	
4 有機溶剤業務	年 月	年 ヶ月	
5 該当なし			

- 除染作業に従事されているかの有無

1	有
2	無

仮貼付
サイズ タテ 3 cm ヨコ 2.5 cm

- 注1) 写真(タテ 3 cm、ヨコ 2.5 cm)1 枚の添付をお願いします。(裏面に氏名をご記入下さい。)
- 注2) 顔写真付きの身分証明書のコピー添付をお願いします。(運転免許証等)