

必要事項をご記入の上、FAX送信もしくは郵送をお願いいたします。

○ ご加入希望者

フリガナ		会則に同意します
ご氏名		印
生年月日	西暦 年 月 日	男・女
ご住所	□□□-□□□□	府 県
	市 郡	
	<input type="checkbox"/> 労働保険加入証明書郵送希望	
建物名		
部屋番号		
TEL	<input type="checkbox"/> ご自宅	- -
	<input type="checkbox"/> 事業所	- -
	<input type="checkbox"/> 携帯	- -
FAX	<input type="checkbox"/> ご自宅	- -
	<input type="checkbox"/> 事業所	- -
	<input type="checkbox"/> 事前FAX希望	
MAIL	<input type="checkbox"/> 事前MAIL希望	
	@	
屋号		

○ まとめ先事業所(ある場合、ご記入ください)(スタンプ可)

事業所名		
ご住所	□□□-□□□□	府 県
	市 郡	
建物名		
部屋番号		
TEL	-	-
FAX	-	-
MAIL	@	
ご担当者名		
備考		

○ 加入希望日

西暦	年	月	日	～
----	---	---	---	---

○ ライト加入の方はこちらにご記入ください

西暦	年	月	日	～	年	月	日
----	---	---	---	---	---	---	---

給付基礎日額	○をおつけください。		
※マークのついた	3,500	9,000	20,000 ※
給付基礎日額は	4,000	10,000	22,000 ※
所得証明書が	5,000	12,000	24,000 ※
必要になります	6,000	14,000	25,000 ※
	7,000	16,000	
	8,000	18,000 ※	
業務内容	<input type="checkbox"/> 除染作業あり		

次の特定業種をされていた方は事前健康診断が必要です。

特定業種	最初の年月	有機溶剤・工具
粉じん作業	S・H 年 月	
振動工具業務	S・H 年 月	
鉛業務	S・H 年 月	
有機溶剤業務	S・H 年 月	

早急に労働保険加入証明書が必要な場合

※ 入金確認後に、FAX送信またはメールで労働保険加入  
証明書を送信いたします。

事前健康診断が必要な方について

※ お申込受付後に受診病院の詳細をお知らせいたします。  
※ 健診受診後、承認通知書が所轄労働局から郵送到着後  
労働保険加入証明書を発行いたします。

ここに免許証のコピーをお貼りください。

その他のコピー等(住民票等の大きいもの)は  
FAXでお申込の場合は同時にFAX送信してください。  
封書によるお申込の場合は一緒に同封してください。

※ 記入モレがありますと加入日に遅れが生じる  
場合がございますので再度ご確認ください。