

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				⑩
生年月日	西暦	年	月	日 男・女
ご住所	□□□-□□□□	府 県		
	市			
	郡			
建物名				
部屋番号				
TEL	-	-		
FAX	□同上	-		
携帯	-	-		
MAIL	□事前MAIL希望			
	@			
屋号				
業務内容	□除染作業あり			
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

※ 特定業種をされていた方はライト加入不可です。

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

○ もしくはライト加入される月に○をおつけください。

□4月 □5月 □6月 □7月 □8月 □9月

□10月 □11月 □12月 □1月 □2月 □3月

給付基礎日額	○でかこんでください。		
※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 ※	

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	

○ 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				

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。