労働者災害補償保険特別加入申込書

新潟建設業一人親方組合　御中

令和　　年　　月　　日

下記の通り、労災保険に　**新規**　加入致します。

(フリガナ)		性 別	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 (満　　歳)
加入者名		男　女		
住所	〒 新潟県			
電話／FAX	TEL　(　　)　　－ FAX　(　　)　　－ 携帯　(　　)　　－			
従事している業種				
一人親方との関係	1．本　　人　　2．家族従事者(　　)			

除染作業（東日本大震災の復旧・復興）	有　　無
従事する特定業務	有　　無
有機溶剤業務 (対象業種:内部作業の塗装・防水)	年　　月頃～　　年　　月頃まで ※過去通算6ヶ月以上業務に従事した場合は、加入時に健康診断(無料)が必要です。 使用している有機溶剤の薬品名(キシレン、トルエン等)
身体に振動を与える業務 (対象業種:掘削・はつり工)	年　　月頃～　　年　　月頃まで ※過去通算1年以上業務に従事した場合は、加入時に健康診断(無料)が必要です。 使用している振動工具の種類(コンクリートブレーカー、削岩機等)
粉じん作業(アスベスト含む) (対象業種:石工・はつり工・鍛冶工)	年　　月頃～　　年　　月頃まで ※過去通算3年以上業務に従事した場合は、加入時に健康診断(無料)が必要です。
鉛業務	年　　月頃～　　年　　月頃まで ※過去通算6ヶ月以上業務に従事した場合は、加入時に健康診断(無料)が必要です。

加入期間	令和　　年　　月　　日 ～令和　　年　　月　　日
希望給付基礎日額	@　　円
年間保険料	円
年会費	6,000　円
合計納入額	円