

# FAX 058-253-8305

以下3点を送付下さい。

(メール送付先) 55@be.to

24 時間 365 日受付

申込書

誓約書

免許証等

## 申込書

### ① 申込者

フリガナ	性別	生年月日	昭和	年 月 日
氏名	男 女		平成	
住所 〒 県				
※住所地 ⇒ 岐阜県・愛知県・三重県・滋賀県・長野県・石川県・福井県・富山県限定				
固定電話番号	FAX番号	携帯番号		

### ② 業務又は作業(建設工事)の内容

記入例(電気・大工・内装・土木・とび・塗装・造園等)
----------------------------

### ③ 法人名(屋号)

※個人名以外で振込の場合はご記入下さい。
----------------------

### ④ 加入希望月

月から加入希望(※当月又は翌月のいずれか)
-----------------------

### ⑤ 除染作業の実施予定 どちらかに○

除染作業の実施の予定	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有
------------	---

### ⑥ 希望する給付基礎日額

いずれかに○を付けて下さい。

<input type="radio"/> 5,000円 ・ <input type="radio"/> 6,000円 ・ <input type="radio"/> 7,000円 ・ <input type="radio"/> 8,000円 ・ <input type="radio"/> 9,000円 ・ <input type="radio"/> 10,000円 ・ <input type="radio"/> 12,000円
<input type="radio"/> 14,000円 ・ <input type="radio"/> 16,000円 ・ <input type="radio"/> 18,000円 ・ <input type="radio"/> 20,000円 ・ <input type="radio"/> 22,000円 ・ <input type="radio"/> 24,000円 ・ <input type="radio"/> 25,000円

### ⑦ 特定業務従事歴の有無

有の場合は従事した期間をご記入下さい

有機溶剤業務 (対象業種:内部作業の塗装・防水)	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 ⇒ 年 月頃から 年 月頃まで ※過去通算6か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。
	有の場合は使用している有機溶剤の薬品の名称を記入ください。記入例(キシレン、トルエン等)
	有機溶剤の薬品名( )
身体に振動を与える業務 (対象業種:掘削・はつり工)	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 ⇒ 年 月頃から 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。
	有の場合は、使用している振動工具の種類を記入下さい。記入例(コンクリートブレーカー、さく岩機等)
	振動工具の種類( )
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)	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 ⇒ 年 月頃から 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	<input type="radio"/> 無 ・ <input type="radio"/> 有 ⇒ 年 月頃から 年 月頃まで ※過去通算6か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。

3点送付下さい。 ① 申込書 ② 誓約書 ③ 免許証等(本人確認書類)

# FAX 058-253-8305

以下3点を送付下さい。

(メール送付先) 55@be.to

24時間 365日受付

申込書

誓約書

免許証等

## 誓約書

一人親方労災加入組合 理事長 服部 健 殿

### 誓約事項等

1. 当組合に加入できる資格及び労災保険法の保険給付の対象となる者は、建設業を営む従業員を常時雇用しない個人事業主・法人の役員とその家族従事者となります。
2. 労災保険料と年会費は、毎年3月の指定期限までに全額納入します。指定期限までに納入がない場合は自動退会とします。氏名・住所・電話番号等に変更を生じた時、従業員を常時雇用した時は速やかに当組合に連絡します。
3. 当組合の定款・規則及び労働安全衛生法を遵守し、業務災害の防止と安全に努めます。労災の保険給付を申請する場合は、労災事故発生状況報告書（当組合指定様式）を書面で虚偽なく事実を報告します。
4. 当組合に提出する一切の書類に事実と異なる記載をしたことが判明した場合、加入の目的が保険金を不正に受給するなどの公序良俗に違反するものであると当組合が判断した場合は、契約解除します。

### 反社会的勢力ではない表明・確約及び契約解除事項等

1. 私[当社(役員・株主及び経営に実質的に関与している者を含む)]は、現在又は将来にわたって次の各号の反社会的勢力のいずれにも該当しないことを表明確約します。当組合は、必要と認められる場合は、次の各号の反社会的勢力に関する事項について外部専門機関に照会することに承諾し、次の各号の反社会的勢力のいずれかに該当する者であることが判明した場合には、無催告で契約を解除することができます。

- ①暴力団 ②暴力団員 ③暴力団員でなくなつてから5年を経過していない者 ④暴力団準構成員  
⑤暴力団関係企業 ⑥総会屋等 ⑦社会運動等標ぼうゴロ ⑧特殊知能暴力集団 ⑨その他前各号に準ずる者

2. 私[当社(役員・株主及び経営に実質的に関与している者を含む)]は、現在又は将来にわたって、前項の反社会的勢力と次の各号のいずれかに該当する関係がないことを表明確約します。当組合は、以下の各号のいずれかに該当する関係を有することが判明した場合は、無催告で契約を解除することができます。

- ①反社会的勢力によって、その経営を支配される関係 ②反社会的勢力が、その経営に実質的に関与している関係  
③自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図り、又は第三者に損害を加えるなど、反社会的勢力を利用している関係  
④反社会的勢力に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなどの関係  
⑤その他反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係

3. 私[当社(役員・株主及び経営に実質的に関与している者を含む)]は、自ら又は第三者を利用して次の各号のいずれの行為も行わないことを表明確約します。当組合は、以下の各号のいずれかに該当する行為をした場合には、無催告で契約を解除することができます。

- ①暴力的要求行為 ②法的な責任を超えた不当な要求行為 ③取引に関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為  
④風説を流布し、偽計又は威力を用いて当組合の信用を毀損し又は当組合の業務を妨害する行為  
⑤その他前各号に準ずる行為

4. 私[当社(役員・株主及び経営に実質的に関与している者を含む)]は、これら各項のいずれかに反したと認められることが判明した場合及びこの表明確約が虚偽であることが判明した場合は、当組合から無催告で契約が解除されても一切異議を申し立てず、また賠償及び補償を求めないことを表明確約します。

令和 年 月 日

上記記載の全ての事項を承諾します。

署名

印

# FAX 058-253-8305

以下3点を送付下さい。

(メール送付先) **55@be.to**

24時間 365日受付

申込書

誓約書

免許証等

## 本人確認書類

### 貼付台紙

運転免許証の写しを貼付け下さい。

裏面に住所変更等の記載がある場合は裏面も送付下さい。

※本人確認書類は、名前・生年月日が確認できる公的な書類を提出下さい。  
なるべく顔写真付きのものをお願いします。

運転免許証のコピー

在留カードのコピー（外国人の方は提出必須）

国民健康保険証のコピー

マイナンバー通知カードのコピー

住民票の写し又は住民基本台帳カードのコピー

パスポートのコピー

いずれか  
1点

### 申込書・誓約書・免許証等（本人確認書類）の送付先



FAX

058-253-8305

24時間 365日受付



メール

55@be.to

添付メール



郵送

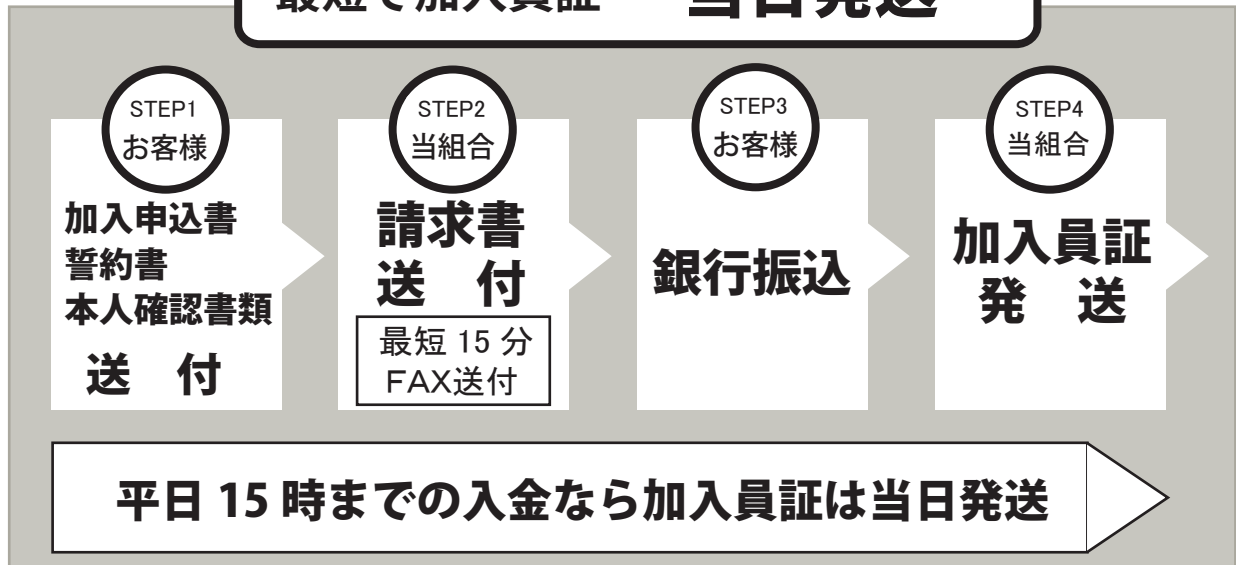
〒501-0119 岐阜市大菅南9番20号  
一人親方労災加入組合 宛

#### 加入についてのお問合せ先

一人親方労災加入組合（あさひ社会保険労務士法人）

TEL 058-214-7011（受付時間：8：00～20：00）  
土日祝日も通話可能

## 最短で加入員証 当日発送



※請求書の送付は、申込者のFAX宛に送付します。FAXがない方は郵送します。  
お急ぎの方は、電話で下記の振込先お知らせサービスをご利用ください。



## お急ぎの方へ

振込先（口座番号下2桁）・振込金額をTELでお知らせします。

振込先	十六銀行 県庁支店 普通口座 13961** 口座名義 一人親方労災加入組合 理事長 服部 健
-----	--

### お知らせ事項

- ・口座番号下2桁
- ・振込金額

入金確認後、労災番号をFAX又はメールで当日お知らせします。

希望者のみ

加入員証発送前に労災番号をFAX又はメールで送付します。

お申し出下さい。

### 加入についてのお問合せ先

一人親方労災加入組合（あさひ社会保険労務士法人）

TEL 058-214-7011

（受付時間：8：00～20：00）

土日祝日も通話可能