

## 第二種労災特別加入申込書 兼 誓約書

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
現住所	〒		
電話番号		携帯番号	
業務又は作業内容			
除染業務の経験	有 ・ 無		
過去に従事した業務(該当業務がある場合、加入時健康診断が必要)	粉塵作業を行う業務(通算3年以上)	ある・なし	年 月～ 年 月
	振動工具使用の業務(通算1年以上)	ある・なし	年 月～ 年 月
	鉛業務(通算6か月以上)	ある・なし	年 月～ 年 月
	有機溶剤業務(通算6か月以上)	ある・なし	年 月～ 年 月
加入希望日	令和 年 月 日		
希望の給付基礎 日額を○で囲んでください。	5,000円	6,000円	7,000円
	8,000円	9,000円	10,000円
	12,000円	14,000円	16,000円
	18,000円	20,000円	22,000円
	24,000円	25,000円	

スワン一人親方組合 理事長 遠藤文代 殿

上記の通り、貴組合に加入し労災保険の事務処理を委託するとともに、下記の事項を承諾の上、貴組合の規則等を遵守することを誓約いたします。

1. 年度途中で貴組合から脱退はしません。
2. 保険料の納入が遅延したとき、その他会に提出した書類の記載事項に、事実と異なった記載をしたことが判明したときは、組合員としての資格取り消し、給付の不支給処分を受けても一切異議申し立てを行わないことを誓約します。
3. 一人親方としての要件(年間100日以上労働者を使用等)に該当しなくなった時は、速やかに貴組合に連絡します。
4. 年度更新時の労働保険料及び会費は毎年3月15日までに、中途加入の場合は、申し込みの日より5日以内に納付いたします。指定期日が過ぎた場合は、貴組合が一方的に脱退等の処理をしても依存ありません。
5. 住所・氏名・業務内容等に変更を生じたときは、速やかに貴組合に連絡いたします。

申込年月日

年 月 日

住所

氏名

印