

○ ご加入希望者 □ 労働保険加入証明書郵送希望

フリガナ			会則に同意します
ご氏名			⑩
生年月日	西暦	年	月
ご住所	□□□-□□□□	府	県
	市		郡
建物名 部屋番号			
TEL	□ご自宅	-	-
	□事業所	-	-
	□携帯	-	-
FAX	□ご自宅	-	-
	□事業所	-	-
	□事前FAX希望		
MAIL	□事前MAIL希望		@
屋号			

加入希望日	西暦	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	□ 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。

○ 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			

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。