

一人親方労災保険

特別加入申込書

労災保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	整理番号
住所・連絡先 (マンション・アパート名までお書きください。)	〒 — TEL ( ) — FAX ( ) — 携帯電話 — —					
フリガナ 氏名 生年月日	生年月日 (S・H 年 月 日)					
希望する 給付基礎日額	円					
加入希望年月日	令和 年 月 日					
業務または 作業の内容 (具体的に記入)						除染作業 有 無
業務歴 (特定業務)	特定業務との関係 イ. 粉じん作業を行う業務 ロ. 振動工具使用の業務 ハ. 鉛業務 ニ. 有機溶剤業務 ホ. 該当なし					最初に従事した年月 S・H・R 年 月 従事した期間の合計 年 月

上記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

伏屋安全協会 殿

申込者

印