

労働者災害補償保険  
特 別 加 入 申 込 書(兼 加入申込書)  
(一人親方等)

(フリガナ)												
特別加入者の氏名												
特別加入者の住所												
特別加入予定者の氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日生	給付基礎日額	円				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日生	給付基礎日額	円				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日生	給付基礎日額	円				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日生	給付基礎日額	円				
		生年月日	昭和・平成	年	月	日生	給付基礎日額	円				
業務又は作業の内容												
特別加入希望年月日	令和	年			月			日				
上記のとおり貴組合同規約第5条により労災保険特別加入を希望します。 令和 年 月 日 郵便番号 - 住 所 事業所名 申請者 氏 名 ⑩ 電話番号 FAX 携帯電話 代理ご連絡先 続柄 TEL  十勝地区建設労災保険加入組合 殿												
労働 保 險 番 号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号				枝 番 号			整理番号	
	0 1	1	0 6	9	4	0 7	3 8	0	0	1		
当組合同規約第5条により上記のとおり加入を承諾いたします。 令和 年 月 日 郵便番号 080-0807 所 在 地 帯広市東7条南10丁目11番地 組 合 名 称 十勝地区建設労災保険加入組合 代表者名 組 合 長 堀 口 登志雄 ⑩ 電話番号 0155 - 27 - 1616  殿												

\* 特別加入を希望する日は申請日の翌日から30日の範囲内で特別加入日を選択できます。