

一人親方労災保険申込書

フリガナ氏名	_____ ⑩		
住所	〒 _____ _____ () _____		
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)		
職種	_____	給付基礎日額	_____ 円
加入希望日	_____ 月 11 日付 21		

上記の通り保険料を添えて、一人親方労災保険に加入します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

大阪建設労働組合 執行委員長 殿

◎毎月3回(1日・11日・21日)の発効手続きをしています。希望日の5日前までにお申し込み下さい。

◎保険料は右記の表の通りです。また、年間手数料が別途2,000円必要になります。年度途中での加入は月割りの保険料となります。

◎4月～翌年3月末が1年度ですので、3月中頃までに継続手続きをしなければ効力はなくなります。

◎給付基礎日額は補償対象となる金額ですので、ご自身の収入実態を参考に選択してください。

給付基礎日額	年間保険料
5,000円	32,850円
8,000円	52,560円
10,000円	65,700円
12,000円	78,840円
14,000円	91,980円
16,000円	105,120円
18,000円	118,260円
20,000円	131,400円
22,000円	144,540円
24,000円	157,680円
25,000円	164,250円

※保険料率(1000分の18)

H30.4

誓約書

私儀、大阪建設労働組合を通じて一人親方労災保険の加入にあたり、法に定められた一人親方に相違なく、また加入の際は各労働関係法令に定められた各項目を遵守することを誓約致します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 氏名 ⑩

_____ 住所

_____ 生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 職種

大阪労働局長 殿

- ※ 一人親方労災保険は、常時使用労働者がいれば加入できません。ただし、たまたま労働者を使用する場合は年間で100日以下であれば加入できます。それ以上の場合は事業主に該当し、別の労災保険制度があります。
- ※ 一人親方は、建設工事及びこれらに附帯する事業に限ります。建設業以外の請負業務には適用されません。
- ※ 労働基準監督署の審査により労災保険請求が認められない場合があります。
- ※ 詳しい内容は、組合または最寄りの労働基準監督署にお問い合わせください。