

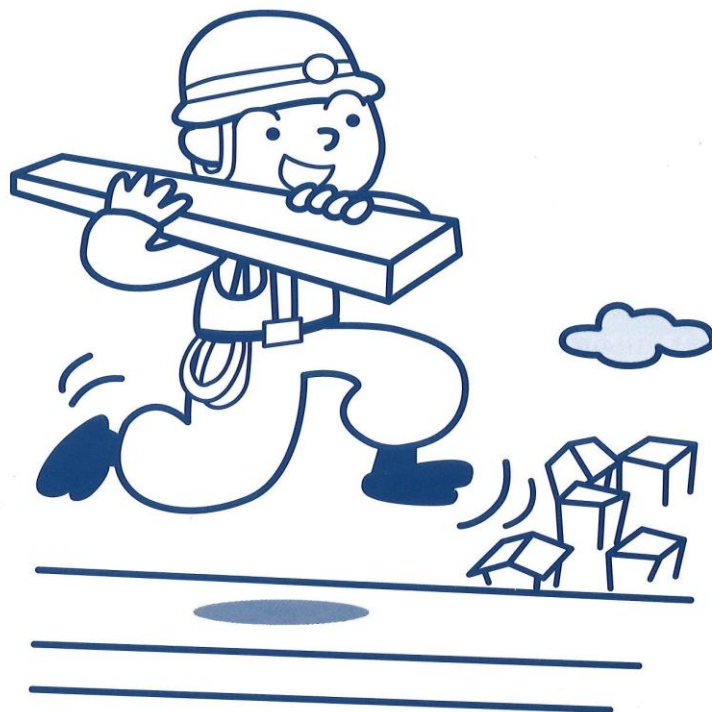
労災保険特別加入制度のご案内

(令和8年度版)

2026.04.01

建設現場で働く職長や作業員の方々には元請が加入している労災保険が適用されますが、**ひとり親方**と**中小事業主**の皆さんは、万が一、現場で負傷しても労災保険が適用されず、給付もされません。

そこで、**ひとり親方**と**中小事業主**の皆さんは自分で労災保険に**特別加入**しておく必要があります。



- ◇ **ひとり親方**：請け負った仕事を一人で行うことを常態とする人
- ◇ **中小事業主**：常時300人以下の労働者を使用して事業を行う人

ナカノフドー友愛会

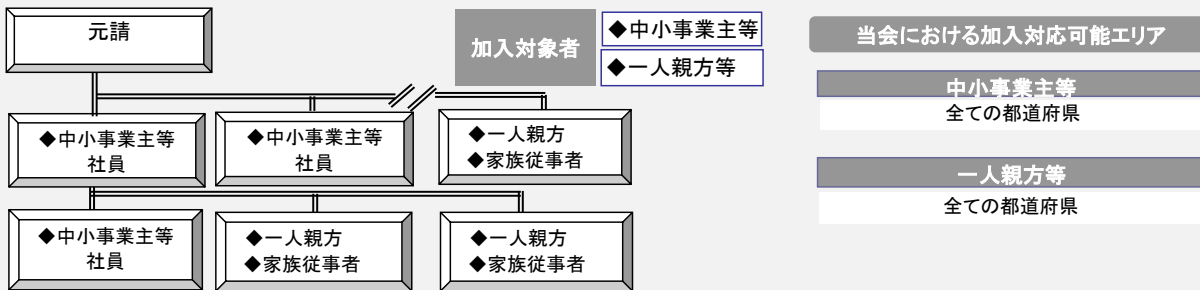
1 労災保険特別加入制度とは

労災保険は、労働者が業務中の事由又は通勤により負傷、疾病もしくは死亡された場合に対して保険給付する労働者のための保険制度です。

しかしながら、建設現場では労働者以外にも多くの中小・零細企業の経営者の方や一人親方の方が外見적으로는労働者の方と同じように働いていることが現実です。こうした労働者以外の人たちも労働災害にあう危険性は労働者の方と何ら変わらないわけですが、法的には労災保険の適用が受けられません。

労災保険特別加入制度とは、こうした労働者以外の人たちの労災保険への任意加入を認め、加入者には建築現場等で被災した場合、労働者に準じて補償を行うものです。

2 加入対象者



注 中小事業主等とは、建設業で300人以下の労働者を常時使用する事業主の方および労働者以外で当該事業に従事する方。一人親方等とは、労働者を使用しないで建設業の事業を行うことを常態とする方およびその事業に従事する方。

3 加入メリット

無料の治療	健康保険のように一部負担金を支払う必要がなく労災指定病院で無料で治療が受けられます。
休業補償給付	療養のため労働することができなかったと認められた期間、給付が受けられます。
民間保険に比べ	死亡、後遺障害に対する補償は、民間保険では一時金の支払いであるのに対して、本保険は年金払い制度を有するなど民間保険に比べ補償が厚いといえます。
建設工事従事者	元請企業では、自社の現場で働く中小事業主や一人親方については特別加入者に限定する扱いが一般化してきており、今後仕事をするうえで特別加入は必要不可欠のものです。
全国補償	全国どの地域で建設工事に従事して被災した場合でも補償が受けられます。

4 加入プラン・費用

◇加入プラン(給付基礎日額)は、加入される方の所得に応じて選択ください。 ◇保険料は労災保険料率の改定に伴い変更されることがあります。
◇中小事業主の場合、下記保険料に自社元請保険料が加算されます。 ◇給付基礎日額(加入プラン)は、自己の所得に応じた日額を選択ください

1. 保険料							
加入プラン (給付基礎日額)	一人親方	中小事業主 / 建築事業	中小事業主 / 既設設備	加入プラン (給付基礎日額)	一人親方	中小事業主 / 建築事業	中小事業主 / 既設設備
25000円	155,125	86,687	109,500	10000円	62,050	34,675	43,800
24000円	148,920	83,220	105,120	9000円	55,845	31,207	39,420
22000円	136,510	76,285	96,360	8000円	49,640	27,740	35,040
20000円	124,100	69,350	87,600	7000円	43,435	24,272	30,660
18000円	111,690	62,415	78,840	6000円	37,230	20,805	26,280
16000円	99,280	55,480	70,080	5000円	31,025	17,337	21,900
14000円	86,870	48,545	61,320	4000円	24,820	13,870	17,520
12000円	74,460	41,610	52,560	3500円	21,709	12,131	15,324

2. 組合費	
一人親方(年間)	◆一括支払 12,000円
中小事業主(年間)	◆社員5名以下 25,000円 ◆社員10名以下 35,000円 ◆社員11名以上 ご照会ください。

3. 入会金	
3,000円(免除)	

年間費用 / 年間費用 = 1. 保険料 + 2. 組合費 + 3. 入会金(免除)

5

補償内容

労災事故で治療を受ける・労務不能で休業した場合

1

労災事故で治療ならびに休業した場合

- ◆治療費 無料
- ◆休業補償 加入プラン×(休業日数-3日)

例 加入プラン10,000円の加入者が労災事故で1ヶ月間休業をした場合

- ◆この間の治療費 無料
- ◆休業補償 216,000円

労災事故による傷病が治ゆ後、障害1級から7級の認定を受けた場合

2-1

労災事故で治ゆ後、障害認定(1から7級)された場合

- ◆年金額 加入プラン×各等級で定めた日数
1級313日 2級277日 3級245日 4級213日
5級184日 6級156日 7級131日
- ◆特別支給金 各等級で定めた一時金
1級342万円 2級320万円 3級300万円
4級264万円 5級225万円 6級192万円

例 加入プラン10,000円の加入者が労災事故で治ゆ後、1級の障害認定を受けた場合

- ◆年金額 3,130,000円
=加入プラン10,000円×313日
- ◆特別支給金 3,420,000円

労災事故による傷病が治ゆ後、障害8級から14級の認定を受けた場合

2-2

労災事故で治ゆ後、障害認定(8から14級)された場合

- ◆一時金 加入プラン×各等級で定めた日数
8級503日 9級391日 10級302日 11級223日
12級156日 13級101日 14級56日
- ◆特別支給金 各等級で定めた一時金
8級65万円 9級50万円 10級39万円
11級29万円 12級20万円 13級14万円

例 加入プラン10,000円の加入者が労災事故で治ゆ後8級の障害認定を受けた場合

- ◆一時金 5,030,000円
=加入プラン10,000円×503日
- ◆特別支給金 650,000円
(一時金)

労災事故で死亡した場合

3

労災事故で死亡の場合

- ◆遺族(補償)年金 加入プラン×遺族の数で定めた日数
遺族の人数 1人 153日
遺族の人数 2人 201日
遺族の人数 3人 223日
遺族の人数 4人以上 245日
- ◆特別支給金 300万円
- 注 遺族(補償)年金を受ける遺族がないなどの場合 一時金の支給
- ◆葬祭料
315,000円に加入プランの30日分を加えた額
(上記額が加入プランの60日分に満たない場合は加入プランの60日分)

例 加入プラン10,000円の加入者が労災事故で死亡した場合

前提 死亡時、妻、長男10歳、長女5歳

- ◆年金 2,230,000円(長男18歳まで)
=加入プラン10,000円×223日
- ◆年金 2,010,000円(長女18歳まで)
=加入プラン10,000円×201日
- ◆年金 1,530,000円(妻死亡まで)
=加入プラン10,000円×153日
妻55歳以降175日分
- ◆特別支給金 3,000,000円
- ◆葬祭料 615,000円

6

加入方法

■単独で加入される方

1.裏面の加入申込書に必要事項を記入し、本人確認資料と合わせて、FAX等にて申込みください。

注 本人確認資料 運転免許証など顔写真付き公的身分証明書1点、又は顔写真なし公的身分証明書2点

当方より、記載内容等の確認ならびに加入費用(見積書)を案内いたします。

2.保険料等(加入費用)を指定の口座にお振込ください。

最短で加入を希望される方は、当日、午後3時までに申込書記載内容、本人確認ならびに加入費用支払の確認ができれば、同日役所への加入申請を行い、会員証の発行を行います。この場合、保険適用はその翌日からとなります。

■複数人を取りまとめて加入をされる方、傘下の一人親方の方を取りまとめて加入されたい企業の方

本制度の説明や加入費用の支払方法を事前ご説明致しますので、まずはご照会下さい。

加入申込書

労災研究所グループ 御中

下記の事項を誓約・確認・同意し、本人確認資料を添えて加入申込みします。
注 本人確認資料 運転免許証など顔写真付きの身分証明書1点、又は顔写真なしの公的身分証明書2点

中小事業主		一人親方	
申込者	会社名	フリガナ	氏名
	代表者名	生年月日	年 月 日生
申込者住所	〒	屋号【	】
	TEL ()	FAX ()	携帯 ()

誓約・確認・同意事項

【誓約事項】

- ◆作業に従事する際は、労働安全衛生法・労働安全規則等の関係条項を遵守し、安全衛生に十分注意します。
- ◆指定期日を経過しても保険料等の支払いがない場合は、貴会が一方的に本会脱退手続及び本保険脱会手続をしても差し支えありません。

【確認事項】

- ◆自己の収入に基づき給付基礎日額(加入プラン)を決定しました。◆給付基礎日額に基づく補償内容に合意いたしました。

【個人情報に関する同意事項】

- ◆特別加入に関わる個人情報は、保険手続き履行するため当グループが利用するほか業務関係・委託先(役所、金融機関等、システム維持会社等)に提供します。

労災保険に特別加入を希望される方は以下をご記入ください。

《一人親方・中小事業主の方》 共通記入事項

◆加入希望日	年 月 日					
◆業務内容	1.土木工事 2.建築工事 3.大工工事 4.左官工事 5.屋根工事 6.管工事 7.電気工事 8.防水工事 9.ガラス工事 10.とび工事 11.水道施設工事 12.塗装工事【内部塗装・外部塗装】 13.内装仕上げ工事 14.機械器具設置工事 15.型枠コンクリート工事 16.タイル・レンガ・ブロック工事 17.板金工事 18.建具工事 19.鉄筋工事 20.その他(具体的に)					
◆提携会社との関係を記入してください。	提携会社名	一次業者名	二次業者名	三次業者名		
	ナカノフドー建設					
取引先支店名等【	】					
《中小事業主の方》 記入事項						
◆特別加入希望者 ◆加入プラン (給付基礎日額) ◆除染作業の有無 ◆健診対象業務	特別加入者	フリガナ	生年月日	役職名	除染作業有無	加入プラン
	1)		年 月 日		有 無	円
	2)		年 月 日		有 無	円
	3)		年 月 日		有 無	円
下記業務の経験有無(経験を有する方で従事期間を超えた方は健康診断が必要となります。)						
特別加入者	無	有 (該当する業務に〇し 経験年数を記入し、有機溶剤の場合には薬品名も記入ください)				
上記1		粉じん・振動工具使用・鉛・有機溶剤	経験年数	年 ヶ月	有機薬品名	
上記2		粉じん・振動工具使用・鉛・有機溶剤	経験年数	年 ヶ月	有機薬品名	
上記3		粉じん・振動工具使用・鉛・有機溶剤	経験年数	年 ヶ月	有機薬品名	
◆その他	従業員数	就業時間	休憩時間	年間自社元請工事額		
	名	～	～	円		
《一人親方の方》 記入事項						
◆加入プラン (給付基礎日額) ◆除染作業の有無 ◆健診対象業務	加入プラン	円	下記業務の経験有無(経験を有する方で従事期間を超えた方は健康診断が必要となります。)			
		無	有 (該当業務に〇し 経験年数を記入し、有機溶剤の場合には薬品名も記入ください)			
	除染作業の有無		粉じん作業	経験年数	年 ヶ月	
			振動工具使用業務	経験年数	年 ヶ月	
		鉛業務	経験年数	年 ヶ月		
		有機溶剤業務	経験年数	年 ヶ月	薬品名	

申込み・照会先

労災研究所グループ

〒171-0031 東京都豊島区目白2-16-22 久野ビル2F
TEL03(3981)3950 FAX03(3981)3940 E-Mail info@rousai-kenkyujo.co.jp