

加入申込書(1人親方用)

ナカノフード友愛会<見本>

<記入例>

◇**労災研究所グループ 御中** 下記の事項を誓約・確認・同意し、加入申込みます。

【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が納付されない場合は、貴会が一方的に本保険の脱会及び本会退会手続きをしてもさしつかえありません。

【確認事項】

- ◎自己の収入に基づき給付基礎日額を決定いたしました。
- ◎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】

- ◎本保険に関する個人情報は、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先(役所・金融機関等、システム維持会社等)に提供します。また、(株)ナカノフード建設、ナカノフード友愛会が現場入場者就労管理を目的として使用するため提供することがあります。

氏名 日本 一郎 印

会員企業	社名:	<u>(株)ゼロ災内装</u>		
	住所:	<u>千代田区九段北4-2-28</u>		
	代表者:	<u>仕上 太郎</u>		
	担当者:	<u>仕上 太郎</u>		
	TEL:	<u>03(5275)××××</u>	FAX:	<u>03(5275)××××</u>

【例】 1次業者の(株)ゼロ災内装の専属の1人親方 日本一郎 様が加入する場合

フリガナ	<u>ニホン 一郎</u>	印鑑			
氏名	<u>日本 一郎</u>	印	生年月日	S H	45 年 5 月 1 日
フリガナ (屋号)	<u>クロスニホン (クロス日本)</u>				
住所	〒 <u>102-0076</u> <u>東京都千代田区五番町2-15</u> TEL <u>03(5275)××××</u> FAX <u>03(5275)××××</u> 携帯 <u>090(5275)××××</u>				
加入希望日	<u>26</u> 年 <u>4</u> 月 <u>1</u> 日	加入プラン額 希望給付基礎日額	<u>5,000</u> 円		
除染作業の有無	除染作業あり		除染作業なし		
業務内容 該当する作業に ○をしてください。	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.水道施設工事 11.塗装工事(内装or外装)(経験年数 年 月 取扱薬品名) 12.機械器具設置工事 13.とび工事 14.型枠コンクリート工事 15.内装仕上工事 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() ※業務内容により健康診断の受診が必要です				
元請会社との関係を記入してください					
元請会社名	一次業者名	二次業者名	三次業者名	四次業者名	
(株)ナカノフード建設	(株)ゼロ災内装	クロス日本			

<申込・照会先>

労災研究所グループ 〒171-0031 東京都豊島区南目白2-16-22 久野ビル2F
TEL:03-3981-3950 FAX:03-3981-3940

加入申込書(1人親方用)

ナカノフドー友愛会(提出用)

◇**労災研究所グループ 御中** 下記の事項を誓約・確認・同意し、加入申込みます。

【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が納付されない場合は、貴会が一方的に本保険の脱会及び本会退会手続きをしてもさしつかえありません。

【確認事項】

- ◎自己の収入に基づき給付基礎日額を決定いたしました。
- ◎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】

- ◎本保険に関する個人情報は、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先(役所・金融機関等、システム維持会社等)に提供します。また、(株)ナカノフドー建設、ナカノフドー友愛会が現場入場者就労管理を目的として使用するため提供することがあります。

氏 名 印

会員企業	社名: _____
	住所: _____
	代表者: _____
	担当者: _____
	TEL: _____ () _____ FAX: _____ () _____

フリガナ		印鑑			
氏名		印	生年月日	S H	年 月 日
フリガナ (屋号)					
住所	〒 _____ TEL _____ () _____ FAX _____ () _____ 携帯 _____ () _____				
加入希望日	年 月 日	加入プラン額 希望給付基礎日額	円		
除染作業の有無	除染作業あり		除染作業なし		
業務内容 該当する作業に ○をしてください。	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.水道施設工事 11.塗装工事(内装or外装)(経験年数 年 月 取扱薬品名 _____) 12.機械器具設置工事 13.とび工事 14.型枠コンクリート工事 15.内装仕上工事 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(_____) ※業務内容により健康診断の受診が必要です				
元請会社との関係を記入してください					
元請会社名	一次業者名	二次業者名	三次業者名	四次業者名	

<申込・照会先>

労災研究所グループ 〒171-0031 東京都豊島区南目白2-16-22 久野ビル2F
TEL:03-3981-3950 FAX:03-3981-3940