

(様式第1号) 一人親方特別加入申込書・ノバリー人親方労災保険組合用

ノバリー人親方労災保険組合 殿

※身分証明書のコピーを必ず添付して郵送してください。

氏名	フリガナ			生年月日	
				昭和・平成 年 月 日	
屋号・会社名 (ご自身でお持ちの方のみ)	フリガナ				
現住所	〒				
電話番号		FAX		携帯	
メールアドレス	@ ※メールアドレスや携帯番号(SMS)へ重要なお知らせ等を送信致します。				
業務又は作業内容				除染作業	有 無
加入年月日	令和 年 月 日 ・ 至 急				
給付基礎日額 (ご希望の金額を○で囲ってください)	3,500円 4,000円 5,000円 6,000円	7,000円 8,000円 9,000円 10,000円	12,000円 14,000円 16,000円 18,000円	20,000円 22,000円 24,000円 25,000円	※年度途中での給付基礎日額の変更はできません。また1月～3月に加入される方は翌年度(4月以降)の1年間も同額申込みの取り扱い決定とさせていただきます。 ※ご入金後のキャンセルは出来ません。
特定業務 (今まで従事した業務、今後従事する業務に該当する場合○をつけて期間をご記入ください)	イ. 該当なし		(←下記4つの業務いずれにも該当しない場合)		
	ロ. 粉じん作業を行う業務	開始年月	S・H・R	年 月	従事した期間 年 ヶ月
	ハ. 振動工具使用の業務	開始年月	S・H・R	年 月	従事した期間 年 ヶ月
	ニ. 鉛業務	開始年月	S・H・R	年 月	従事した期間 年 ヶ月
	ホ. 有機溶剤業務	開始年月	S・H・R	年 月	従事した期間 年 ヶ月
紹介者	会社名			氏名	
	住所			TEL	

上記の通り貴組合一人親方特別加入団体に加入し、労働保険事務を委託します。  
今回、ノバリー人親方労災保険組合に入会するにあたり、労災保険制度を正しく理解し、作業に従事する際には、労働安全衛生法・規則の関係条項を遵守し、安全衛生には十分注意いたします。

今回、ノバリー人親方労災保険組合に加入し、年度更新時には、特別加入者の変更、および給付基礎日額の変更を正しく行う事、また、貴組合の指定する期日までに関係書類の提出と保険料の納付を完了する事を誓い、指定期日が過ぎた場合は、貴組合が一時的な脱退などの処理をしてもさしつかえありません。

尚、年度途中に加入した場合の保険料等は、貴組合が指定する期日までに指定場所に振り込みます。  
上記同意の上、申し込みいたします。

令和 年 月 日

認印又は署名  
して下さい

氏名

代理人が記載した場合はご記入下さい	上記給付基礎日額は本人が希望したものに間違いありません。 (代理人氏名)	認印又は署名 して下さい
-------------------	---	-----------------

内容をご確認いただき、至急返送願います。

## 確 認 書

今般、建設業の一人親方特別加入を申込むにあたり、(\*1) 建設業法における工事以外 および労災保険で定められた建設業以外の作業をしているときに負傷しても労災保険が適用されないことを理解いたしました。また、(\*2) 自己の重大な責により負傷した場合および国の定めがありそれに該当した場合も労災保険が適用されない場合があることを承諾いたしました。これにより、労災保険が適用されなくても、貴協会には一切迷惑をおかけすることなく、不服は申し立てません。

### (\*1) 例

- ・ハウスクリーニングの業態者は内装工事に行っても建設業ではありません。
- ・高層ビルでゴンドラに乗った窓の清掃は建設業ではありません。
- ・エレベーターの保守点検を行う事業は建設業ではありません。
- ・現場監督は管理業務にあたる人員の手配や材料の仕入れ等は建設業ではありません。
- ・現場への運搬・搬入は建設業ではありません。
- ・設計・測量は建設業ではありません。
- ・その建築物のために製作するのではない場合、また取付作業が伴わない製作物を作成しているときは建設業ではありません。(製造業になります)
- ・建設業を伴わない点検・修理・整備の業態者は建設業ではありません。
- ・船舶における内装仕上作業、塗装、修理等は製造作業になりますので建設業ではありません。
- ・庭木の剪定作業のみで、造園業を伴わないときは建設業ではありません。
- ・上記以外 仕事中に建設業以外の仕事をしていたときは建設業ではありません。

### (\*2) 例

- ・酒気帯びで作業をしていた場合に負傷したとき
- ・故意に怪我をして労災保険をうけようとしたとき
- ・仕事が原因であると思われる過労、ストレスによる病気の時  
(仕事が原因であるという医師の証明が必要です。また医師の証明がとれても、事業主の場合は仕事を裁量で休める自由があるため、労災給付されるのは難しいです。)
- ・上記以外、労働基準監督署が労災保険を適用できないと判断したとき  
労災保険が適用されるかどうかの有無は、労働基準監督署の判断によります。

## ノバリ一人親方労災保険組合 殿

令和            年            月            日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (又は署名)

# 身分証明書ご送付のお願い

厚労省の指導により、加入希望者に対して公的証明書による本人確認が必要になりました。一人親方様の労災保険特別加入申込時に運転免許証・パスポートなどの写しの添付をお願い致します。

(※顔写真付きの身分証明書がない場合は、健康保険証と年金手帳など 2 点必要です。) 保険料等のお振込みをしていただきましても、身分証明書のご提出がない場合、労働局への申請は保留となりますので、ご注意下さい。

一人親方様には、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

## ◎FAX でお申込みの方

お申込書・確認書とともに身分証明書(写真付き)のコピーを添付して送信してください。

**【送信先】ノバリ一人親方労災保険組合**

**FAX 番号 : 0120-816-638 又は 03-6661-9347**

※お申込書・確認書は、FAX 送信後に原本をご郵送下さい。

## ◎郵送でお申込みの方

お申込書・確認書とともに身分証明書(写真付き)のコピーを添付して郵送してください。

**【郵送先】ノバリ一人親方労災保険組合**

**〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町 3-5-4**

※とりまとめ窓口様がお申込みされる場合も、それぞれ一人親方様の身分証明書(写真付き)のコピーの添付をお願い致します。