

大竹商工会議所一人親方労災保険組合加入確認書

<input type="checkbox"/>	一人親方(特別加入者本人)加入条件として従業員、アルバイト等を雇用していません。
<input type="checkbox"/>	一人親方(特別加入者本人)以外、労災の適用はありません。
<input type="checkbox"/>	元請工事を行う場合、下請け業者の従業員には労災適用はありませんので元請工事を行う方は個別労災番号を取得する必要があります。 (工事開始前に)
<input type="checkbox"/>	加入以前に保険組合パンフレットに記載されている業務に従事していた場合、監督署指定の病院で健康診断を受ける必要があります。
<input type="checkbox"/>	加入予定者がすでに疾病にかかっており、その、病状又は障害の程度が一般的に就労することが困難であって、療養に専念しなければならないと認められる場合は従事する業務の内容にかかわらず加入は認められません。
<input type="checkbox"/>	次年度継続して労災保険の適用を受けようとする組合員は、適用年度前(2月)に確認・変更届けを組合に提出しないと【更新の意思なし】ということで強制退会となります。
<input type="checkbox"/>	組合員を退会した場合、会議所会員も退会となる。但し、従業員を雇用したことによる当所労働保険事務組合への加入など特別な事情がある場合にのみ会議所会員を継続することができる。
<input type="checkbox"/>	保険期間に入る前に労災保険料等の納付がない場合、納付指定月の月末で強制退会(保険の失効)及び会議所会員も退会となります。
<input type="checkbox"/>	会議所会員の退会手続きは、当所が行うことを承諾します。
<input type="checkbox"/>	保険料等納付義務などに違反して強制退会となった場合は、特別な事情がないかぎり再度当労災保険組合に加入することはできません。

上記の事項、確認し了承しました。 令和 年 月 日

特別加入者氏名 _____

印