

〒730-0032

広島県広島市中区立町 1-24 有信ビル 8F

あんぜん労災一人親方建設協会

代表理事 石山 洋平

TEL：0120-111-270

FAX：082-207-3202

書類送付のご案内

拝啓、時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

資料請求いただきありがとうございます。加入申込書等をお送りいたします。

必要書類にご記入・ご捺印の上、ご返送をお願いいたします。

取りまとめ加入申し込みシート等の書き方・保険料などについてわかりにくいところ、
ご不明な点等ございましたら、お気軽にお電話下さい。どうぞよろしくお願いいたします。

敬具

【送付書類】

- ・取りまとめ加入申し込みシート
- ・取りまとめ加入申込書
- ・注意事項チェックリスト
- ・労災保険の特別加入のご案内
- ・返信用封筒（ご郵送の場合）

【ご返信書類】

- ・取りまとめ加入申し込みシート
- ・取りまとめ加入申込書
- ・注意事項チェックリスト
- ・免許証等の本人確認証の写し



一人親方労災保険 楽々親方 ‹ ‹ ご加入までの流れ ‹ ‹

- ① 加入申込書・チェックリスト・本人確認書類の写しを郵送又は FAX いただく
↓
- ② お支払いのご案内をいたします。
(お電話<0120-111-270>にて内容確認させていただくことができます。)
↓
- ③ お支払い
↓
- ④ 平日 13 時の決済確認後、15 時頃に加入証明書をメールにてお送りします。
加入証明書には、労働保険番号等の記載がございます。
また、会員証を発送します(発送から 3・4 日以内にお届け予定)

《 よくあるご質問 》

◆ 給付基礎日額について

お工作中・通勤途中にお怪我をされ休業された場合、休業4日目から支給される金額の元になるものです。(実際は給付基礎日額の約8割の金額が支給されます。)

例：給付基礎日額¥3,500に加入→休業給付¥2,800 ($3,500 \times 0.8 = 2,800$)

◆ 加入期間・加入タイプについて

2種類のご加入パターンがございます。

【加入タイプ① 加入月数を選ぶ】

ご加入の月数を選んでいただけます。1か月～11か月の期間を選択可能です。

例) 2015年6月から3か月間の加入(6月10日にお申込み・お支払いの場合)
2015年6月11日から2015年8月末日まで加入

※加入月数を選んで加入いただく場合、途中退会できません

【加入タイプ② 年度末まで加入】

ご加入開始月～ご加入年度3月末日までの加入期間になります。

例) 2015年6月から年度末まで加入(6月10日にお申込み・お支払いの場合)
2015年6月11日から2016年3月末日まで加入

※加入開始月が1～3月の場合は、翌年度末までの加入期間となります

例) 2015年2月が加入開始月の場合

2015年2月～2016年3月末日までの加入期間になります

◆ 労働保険番号・会員証について

平日13時の決済確認後、15時頃に加入証明書をメールにてお送りします。

また、会員証を発送します(発送から3・4日以内にお届け予定)

加入証明書・会員証には、労働保険番号等の記載がございます。

◆ 労働保険料などについて

料金は別紙の料金表をご覧ください。

◆ お支払い方法について

お申込み内容の確認後、お支払いのご案内をお送り致します。

- ・銀行振込 一括支払い
- ・コンビニ決済 一括支払い
- ・クレジット決済 一括・分割支払い

◆ 特定業務について

特定の業務・従事期間に該当する方は加入後、健康診断を受診いただくこととなります。(無料)

※指定病院がございますので指示書が届いてから受診ください。

※対象の業務内容の場合、お電話等で確認させていただく場合がございます。

※ご加入期間が3か月以下の場合、

特定の業務・従事期間に該当する方はご加入をお断りさせていただきます。

◆ 退会について

退会をご希望の際は、ご連絡いただきましたら退会届を送付いたします。ご記入後、会員証と伴に返送いただきましたら、退会月の翌月分からの保険料を返金いたします(振込手数料はご本人様負担)。組合費等についてはお返しいたしませんのでご了承ください。

※加入期間を選択する加入タイプの場合は、退会手続きは承っておりません。

◆ 本人確認書類とは

現住所の記載のある本人確認書類が必要です。

お申込み書類と併せて、本人確認書類の写しをお送りください。

※外国籍の方は在留カードの写しが必要です。

【1点のみでよい確認書類】

運転免許証・マイナンバーカードなど

【2点必要となる確認書類】

健康保険証・年金手帳・住民票など

◆ 労災事故が起きたら

まずはお電話ください。事故状況等をお聞きし、書類を作成し郵送いたします。

(一部書類につきましては有料となります。)

【取りまとめ申込について同意事項】※必ずお読みください。

- 1 取りまとめ申込とは、発注者、建設会社、親族等が加入希望者の承諾を得て加入、退会、変更、更新等の手続き並びに会費、労災保険料、手続き費用の支払いを行うことで本人に代わって会員証の受領をすることができることをいう。
- 2 取りまとめ申込にて加入申込される場合は、あんぜん労災一人親方建設協会（以下協会）と加入者との一切の業務を取りまとめ者が行うものとする。加入者の意思に反する各種手続きが行われた場合には加入者と取りまとめ会社等との間で適切に処理し協会には一切の異議申し立て、損害賠償の請求は行わない。
- 3 取りまとめ申込が加入希望者本人の意思に反して申込されたものであるとわかった場合、協会は即座に手続きを中止あるいは強制退会できるものとする。その場合、未加入期間の保険料のみ返還し、その他の費用（組合費、入会金、加入期間中の保険料、追加オプション料）は返還しない。
- 4 加入プランが、年度末までの加入の場合での期間満了時の更新の意思確認は、毎年1月以降に協会より取りまとめ者宛てに郵送、FAX等にて行う。取りまとめ者は、指定期日迄に協会の定める方法による意思確認及び保険料等の納付（以下継続手続）を完了しなければならない。指定期日迄に継続手続が確認できないときは、年度末に脱退する意思表示とみなし、年度末をもって脱退とする。

チェック欄

取りまとめ者、加入者ともに上記内容に同意し、申込を行います。

楽々親方 取りまとめ加入申し込みシート

取りまとめ申込日	年 月 日
加入タイプ ご希望のタイプをお選びください	<input type="checkbox"/> 加入期間を選んで加入 (加入期間： 年 月～ 年 月まで) <input type="checkbox"/> 年度末まで加入 (加入開始希望月： 年 月から加入希望)

※下記、ご記入ください。ご希望の項目を✓でお選びください

フリガナ	フリガナ
会社名・屋号 ⑧	取りまとめ担当者名
会社電話番号 ()	連絡先 ()
メールアドレス	FAX
郵送先	〒 _____ マンション名・ビル名もご記入下さい。
支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 ・ <input type="checkbox"/> コンビニ支払い ・ <input type="checkbox"/> クレジット払い
支払い案内送付先	<input type="checkbox"/> メール ・ <input type="checkbox"/> SMS ・ <input type="checkbox"/> FAX

※クレジット支払いの場合は、FAXにてご案内できません。メールかSMSをお選びください。

楽々親方 取りまとめ加入申込書 (記入例)

会社名・屋号	あんぜん工業	取りまとめ担当者名	安全 太郎
--------	--------	-----------	-------

支払い方法 (〇で囲んでください)	銀行振込	コンビニ払い	クレジット払い
支払い案内送付先 (〇で囲んでください)	メール	SMS	FAX

ご加入希望者情報記入欄

フリガナ	アンゼン イチロウ (男・女)	給付基礎日額	※希望日額を〇で囲んでください	
氏名	安全 一郎 (印)	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		
生年月日	昭和・平成 50年 12月 25日	連絡先	090 - 1234 - 5678	
住所	〒123-4567 マンション名・ビル名もご記入下さい。 〇〇県××市△△町1-2-3 アンゼンマンション101号			
加入タイプ ご希望のタイプをお選びください	<input checked="" type="checkbox"/> 加入期間を選んで加入 (加入期間: 2015年 5月 ~ 2015年 8月まで) <input type="checkbox"/> 年度末まで加入 (加入開始希望月: 年 月から加入希望)			
業務内容	管工事			
特定業務	なし	粉塵	振動	鉛 有機溶剤 除染
上記特定業務のある方は期間と詳しい作業内容・使用工具を記入してください				

ご加入希望者情報記入欄

フリガナ	アンゼン タロウ (男・女)	給付基礎日額	※希望日額を〇で囲んでください	
氏名	安全太郎 (印)	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		
生年月日	昭和・平成 3年 5月 5日	連絡先	098 - 765 - 4321	
住所	〒987-6543 マンション名・ビル名もご記入下さい。 ◇◇県〇×市△区〇〇丁目8-7			
加入タイプ ご希望のタイプをお選びください	<input type="checkbox"/> 加入期間を選んで加入 (加入期間: 年 月 ~ 年 月まで) <input checked="" type="checkbox"/> 年度末まで加入 (加入開始希望月: 2015年 5月から加入希望)			
業務内容	塗装工事、防水工事			
特定業務	なし	粉塵	振動	鉛 有機溶剤 除染
上記特定業務のある方は期間と詳しい作業内容・使用工具を記入してください	平成×年～現在まで トルエン・キシレン使用			

※ご加入希望者が多数いらっしゃる場合は、こちらの用紙をコピーしていただきご記入ください。

楽々親方 取りまとめ加入申込書

会社名・屋号		取りまとめ担当者名	
--------	--	-----------	--

支払い方法 (〇で囲んでください)	銀行振込	コンビニ払い	クレジット払い
支払い案内送付先 (〇で囲んでください)	メール	SMS	FAX

ご加入希望者情報記入欄

フリガナ	(男 ・ 女)	給付基礎日額 ※希望日額を〇で囲んでください	
氏 名	Ⓜ	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	
生年月日	昭和・平成	年	月 日
住所	〒 _____ マンション名・ビル名もご記入下さい。		
加入タイプ <small>ご希望のタイプをお選びください</small>	<input type="checkbox"/> 加入期間を選んで加入 (加入期間: 年 月 ~ 年 月まで) <input type="checkbox"/> 年度末まで加入 (加入開始希望月: 年 月から加入希望)		
業務内容			
特定業務	なし	粉塵	振動 鉛 有機溶剤 除染
<small>上記特定業務のある方は期間と詳しい作業内容・使用工具を記入してください</small>			

ご加入希望者情報記入欄

フリガナ	(男 ・ 女)	給付基礎日額 ※希望日額を〇で囲んでください	
氏 名	Ⓜ	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	
生年月日	昭和・平成	年	月 日
住所	〒 _____ マンション名・ビル名もご記入下さい。		
加入タイプ <small>ご希望のタイプをお選びください</small>	<input type="checkbox"/> 加入期間を選んで加入 (加入期間: 年 月 ~ 年 月まで) <input type="checkbox"/> 年度末まで加入 (加入開始希望月: 年 月から加入希望)		
業務内容			
特定業務	なし	粉塵	振動 鉛 有機溶剤 除染
<small>上記特定業務のある方は期間と詳しい作業内容・使用工具を記入してください</small>			

※ご加入希望者が多数いらっしゃる場合は、こちらの用紙をコピーしていただきご記入ください。

注意事項チェックリスト

*下記事項をお読みの上、確認したら☑をつけて下さい。

チェック欄

- 一人親方である加入者ご本人以外の労災適用はありません。
- 一人親方（特別加入者本人）は加入条件として、従業員、アルバイト等を雇用していません。
- 一人親方が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。（労災補償を元請が行うこととなります。）
- 一人親方が元請工事を行う場合、現場の下請け業者の方々にも労災適用を受けようとする、工事開始前に工事に対して別途個別労災番号を取得する必要があります。
- 加入以前に粉じん作業・振動工具使用作業・鉛取扱作業・有機溶剤取扱作業・汚染作業等の特定業務に一定期間従事していた場合、監督署指定の病院で健康診断を受ける必要があります。
- 次年度継続して特別加入を受けようとする者は、適用年度前（2月頃）に年度更新の手続きをしない場合退会扱いとなります。
- 途中退会の場合、退会届の提出をもって退会となります。（退会月の翌月から翌年3月分の保険料を返金いたしますが、組合費は返金いたしません。）
加入期間を選択し、ご加入される場合は退会時のご返金は致しません。
- 虚偽の申告があった場合、また暴力団等反社会勢力に属する場合、もしくは暴力団等反社会勢力と密接な関係がある場合、当会は加入の手続き及び、会員資格の継続を断ることができる。
- 加入プランが年度末までの加入の場合において、
期間満了時の更新の意思確認は、毎年1月以降に協会より取りまとめ者宛てに郵送、FAX等にて行う。取りまとめ者は、指定期日迄に協会の定める方法による意思確認及び保険料等の納付（以下継続手続）を完了しなければならない。
指定期日迄に継続手続が確認できないときは、年度末に脱退する意思表示とみなし、年度末をもって脱退とする。
- 労働災害が発生した場合、保険給付は労災保険法に基づき管轄労働基準監督署が認定した基準によってなされ、労働基準監督署が不支給決定と判断した場合、当会は関与できない立場にあり、会員の不利益が生じたとしても当会は一切の責任は負いません。

今回申込しました取りまとめ加入希望者について
上記内容を確認し了承しました

取りまとめ者氏名

㊞

お申込み書類の返送物 チェックリスト

- 取りまとめ加入申し込みシート
- 取りまとめ加入申込書
- 注意事項チェックリスト
- 本人確認書類 … ご加入希望者様のお一人ずつの物が必要です
詳細は下記の項目をご覧ください

《 返送書類の送付方法について 》

- ◆ FAXにて申込の場合
FAX番号 082-207-3202
- ◆ 郵送による申込の場合
送り先
〒730-0032 広島県広島市中区立町1-24有信ビル8F
一般社団法人Senあんぜん労災一人親方建設協会
- ◆ メールによる申込の場合
メールアドレス：office@rakuraku-oyakata.net

本人確認書類 とは？

労災補償の不正受給防止のため、厚生労働省から本人確認の徹底の指導を受けております。

ご加入希望者様のお一人ずつの本人確認書類のご送付をお願い致します。

現住所の記載のある本人確認書類が必要です。

- ・ 1点のみでよい確認書類 運転免許証・マイナンバーカードなど
- ・ 2点必要となる確認書類 健康保険証・年金手帳・住民票
住民基本台帳カード（写真なし）など

注意 ※運転免許証の住所・氏名の変更をしている場合は、裏面のコピーも必要となります。

※外国籍の方は在留カードのコピーも必要となります。

※未成年の方は保護者承諾書も必要となります。

お支払い料金について < 加入期間を選んで加入の場合 >

労働保険料・組合費・事務手数料を併せた金額をお支払いいただきます。

給付基礎日額 (円)	加入期間										
	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月
3,500	1,908	3,816	5,742	7,650	9,576	11,484	13,410	15,318	17,244	19,152	21,078
4,000	2,178	4,374	6,570	8,748	10,944	13,140	15,318	17,514	19,710	21,888	24,084
5,000	2,736	5,472	8,208	10,944	13,680	16,416	19,152	21,888	24,624	27,360	30,096
6,000	3,276	6,570	9,846	13,140	16,416	19,710	22,986	26,280	29,556	32,850	36,126
7,000	3,816	7,650	11,484	15,318	19,152	22,986	26,820	30,654	34,488	38,322	42,156
8,000	4,374	8,748	13,140	17,514	21,888	26,280	30,654	35,028	39,420	43,794	48,168
9,000	4,914	9,846	14,778	19,710	24,624	29,556	34,488	39,420	44,334	49,266	54,198
10,000	5,472	10,944	16,416	21,888	27,360	32,850	38,322	43,794	49,266	54,738	60,210
12,000	6,570	13,140	19,710	26,280	32,850	39,420	45,990	52,560	59,130	65,700	72,270
14,000	7,650	15,318	22,986	30,654	38,322	45,990	53,640	61,308	68,976	76,644	84,312
16,000	8,748	17,514	26,280	35,028	43,794	52,560	61,308	70,074	78,840	87,588	96,354
18,000	9,846	19,710	29,556	39,420	49,266	59,130	68,976	78,840	88,686	98,550	108,396
20,000	10,944	21,888	32,850	43,794	54,738	65,700	76,644	87,588	98,550	109,494	120,438
22,000	12,042	24,084	36,126	48,168	60,210	72,270	84,312	96,354	108,396	120,438	132,480
24,000	13,140	26,280	39,420	52,560	65,700	78,840	91,980	105,120	118,260	131,400	144,540
25,000	13,680	27,360	41,058	54,738	68,436	82,116	95,796	109,494	123,174	136,872	150,552

組合費	月 500円	事務手数料	6000円
-----	--------	-------	-------

※ご加入の月数分の組合費をお支払いいただきます。

お支払い例 (給付基礎日額 ¥3,500 6月から3か月間のご加入 加入期間6月～8月末)

労働保険料		組合費		事務手数料		お支払い額
¥5,742	+	¥500×3	+	¥6,000	=	¥13,242

お支払い料金について < 年度末までの加入の場合 >

労働保険料と組合費(年度割引適用)を併せた金額をお支払いいただきます。

※加入開始月が1~3月の場合は、翌年度末までの加入期間となります

給付基礎日額 (円)	加入月											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
3,500	22,986	21,078	19,152	17,244	15,318	13,410	11,484	9,576	7,650	5,742	3,816	1,908
4,000	26,280	24,084	21,888	19,710	17,514	15,318	13,140	10,944	8,748	6,570	4,374	2,178
5,000	32,850	30,096	27,360	24,624	21,888	19,152	16,416	13,680	10,944	8,208	5,472	2,736
6,000	39,420	36,126	32,850	29,556	26,280	22,986	19,710	16,416	13,140	9,846	6,570	3,276
7,000	45,990	42,156	38,322	34,488	30,654	26,820	22,986	19,152	15,318	11,484	7,650	3,816
8,000	52,560	48,168	43,794	39,420	35,028	30,654	26,280	21,888	17,514	13,140	8,748	4,374
9,000	59,130	54,198	49,266	44,334	39,420	34,488	29,556	24,624	19,710	14,778	9,846	4,914
10,000	65,700	60,210	54,738	49,266	43,794	38,322	32,850	27,360	21,888	16,416	10,944	5,472
12,000	78,840	72,270	65,700	59,130	52,560	45,990	39,420	32,850	26,280	19,710	13,140	6,570
14,000	91,980	84,312	76,644	68,976	61,308	53,640	45,990	38,322	30,654	22,986	15,318	7,650
16,000	105,120	96,354	87,588	78,840	70,074	61,308	52,560	43,794	35,028	26,280	17,514	8,748
18,000	118,260	108,396	98,550	88,686	78,840	68,976	59,130	49,266	39,420	29,556	19,710	9,846
20,000	131,400	120,438	109,494	98,550	87,588	76,644	65,700	54,738	43,794	32,850	21,888	10,944
22,000	144,540	132,480	120,438	108,396	96,354	84,312	72,270	60,210	48,168	36,126	24,084	12,042
24,000	157,680	144,540	131,400	118,260	105,120	91,980	78,840	65,700	52,560	39,420	26,280	13,140
25,000	164,250	150,552	136,872	123,174	109,494	95,796	82,116	68,436	54,738	41,058	27,360	13,680

組合費 < 年度割引 >	月 450円
-----------------	--------

※ご加入の月数分の組合費をお支払いいただきます。

お支払い例 (給付基礎日額 ¥3,500 6月からご加入 加入期間6月~3月末)

労働保険料		組合費		お支払い額
¥19,152	+	¥450 × 10	=	¥23,652

保護者承諾書

年 月 日

加入申込者 氏名_____

上記の者があんぜん労災一人親方建設協会に加入申込することを承諾します

保護者 住所：〒_____

連絡先：自宅電話（ ） ー

携帯電話（ ） ー

保護者 氏名：_____⑩