

平成21年度 第二種特別加入労災保険継続加入申込書

窓口会社

「継続・脱退」に○印を記入、継続の場合は希望の日額(同額の場合は○印)を記入してください。また住所等に変更がある場合は新住所を朱書きしてください。

㊞

整理 番号	氏名	現在 基礎日額	継続または 脱退に○印	希望基礎日額		変更がある場合に記載してください。		
				同額は ○	変更の日額	TEL	〒	住 所
0001	佐藤 豊 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		001-001-1000	001-1000	北海道市1丁目1-1
0002	佐藤 理恵子 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		002-002-2000	002-2000	青森市1丁目1-1
0007	伊勢 順一 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		007-007-7000	007-7000	福島市1丁目1-1
0009	坂本 秀樹 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		009-009-9000	009-9000	栃木市1丁目1-1
0012	井原 友美 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		012-012-1200	012-1200	千葉市1丁目1-1
0020	小柳 雅也 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		020-020-2000	020-2000	長野市1丁目1-1
0022	神部 幸子 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		022-022-2200	022-2200	静岡市1丁目1-1
0028	犬飼 佳子 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		028-028-2800	028-2800	兵庫県市1丁目1-1
0029	安部 育秀 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		029-029-2900	029-2900	奈良市1丁目1-1
0032	岡尾 一司 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		032-032-3200	032-3200	島根市1丁目1-1
0034	丸山 訓 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		034-034-3400	034-3400	広島市1丁目1-1
0041	秋島 昭 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		041-041-4100	041-4100	佐賀市1丁目1-1
0042	杉江 誠 ㊞	6,000	継続 ・ 脱退	同額		042-042-4200	042-4200	長崎市1丁目1-1

平成21年度 第二種特別加入労災保険継続加入申込書

窓口会社

「継続・脱退」に○印を記入、継続の場合は希望の日額(同額の場合は○印)を記入してください。また住所等に変更がある場合は新住所を朱書きしてください。

㊞

整理 番号	氏名	現在 基礎日額	継続または 脱退に○印	希望基礎日額		変更がある場合に記載してください。		
				同額は ○	変更の日額	TEL	〒	住 所
0048	土居 満 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0052	豊島 六徳 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0062	梅原 陽光 ㊞	6,000	継続・脱退	同額			064-0941	北海道札幌市中央区旭ヶ丘1-1
0013	加古 修 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		013-013-1300	013-1300	東京都市1丁目1-1
0018	西 浩司 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		018-018-1800	018-1800	福井市1丁目1-1
0039	山元 秀和 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		039-039-3900	039-3900	高知市1丁目1-1
0043	石田 撤司 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		043-043-4300	043-4300	熊本市1丁目1-1
0047	渡邊 豊生 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		047-047-4700	047-4700	沖縄市1丁目1-1
0053	牧之瀬 和義 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0004	小林 良二 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		004-004-4000	004-4000	宮城県宮城1-1
0024	田口 輝美 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		024-024-2400	024-2400	三重市1丁目1-1
0044	泉 博幸 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		044-044-4400	044-4400	大分市1丁目1-1
0049	萩原 利幸 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				

平成21年度 第二種特別加入労災保険継続加入申込書

窓口会社

「継続・脱退」に○印を記入、継続の場合は希望の日額(同額の場合は○印)を記入してください。また住所等に変更がある場合は新住所を朱書きしてください。

㊞

整理 番号	氏名	現在 基礎日額	継続または 脱退に○印	希望基礎日額		変更がある場合に記載してください。		
				同額は ○	変更の日額	TEL	〒	住 所
0054	牧野 和宏 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0005	三浦 和美 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		005-005-5000	005-5000	秋田市1丁目1-1
0015	大石 弘文 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		015-015-1500	015-1500	新潟市1丁目1-1
0035	高味 光一 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		035-035-3500	035-3500	山口市1丁目1-1
0045	大鹿 彦一 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		045-045-4500	045-4500	宮崎市1丁目1-1
0055	川村 撤司 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0016	志平 小雪 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		016-016-1600	016-1600	富山市1丁目1-1
0026	加藤 晃 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		026-026-2600	026-2600	京都府市1丁目1-1
0036	佐藤 幸司 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		036-036-3600	036-3600	徳島市1丁目1-1
0046	池田 敏 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		046-046-4600	046-4600	鹿児島市1丁目1-1
0056	堀尾 和人 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0037	佐藤 幸博 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		037-037-3700	037-3700	香川市1丁目1-1
0057	濱野 洸治 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				

平成21年度 第二種特別加入労災保険継続加入申込書

窓口会社

「継続・脱退」に○印を記入、継続の場合は希望の日額(同額の場合は○印)を記入してください。また住所等に変更がある場合は新住所を朱書きしてください。

㊞

整理 番号	氏名	現在 基礎日額	継続または 脱退に○印	希望基礎日額		変更がある場合に記載してください。		
				同額は ○	変更の日額	TEL	〒	住 所
0008	後藤 純男 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		008-008-8000	008-8000	茨城市1丁目1-1
0038	佐藤 幸雄 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		038-038-3800	038-3800	愛媛市1丁目1-1
0058	湯沢 勇 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0031	岡田 一久 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		031-031-3100	031-3100	鳥取市1丁目1-1
0051	福島 力 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0010	高橋 力 ㊞	6,000	継続・脱退	同額		010-010-1000	010-1000	群馬市1丁目1-1
0050	福田 隆志 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				
0059	森 昌子 ㊞	6,000	継続・脱退	同額				

平成21年度 第二種特別加入労災保険のご案内 No.0001

平成19年12月27日

セルズ建設団体

佐藤 豊 様

今年も第二種特別加入労災保険の申告の時期となりました。つきましては、今年度の申告に関し、下記に記載の上期限までにファックス等でご連絡をお願いいたします。

「継続・脱退」は○印を記入、「継続」の場合は希望の日額(同額の場合は○印)を記入してください。また「継続」の場合で住所等に変更がある場合は新住所を記載してください。

平成21年度の一人親方労災保険の加入を **・継続します**

・脱退します

継続の場合は下記も記載してください。

現在の給付基礎日額 **6,000円**

変更日額

希望する給付基礎日額 **同額** (円)

〒 **001-1000** 電話番号 **001-001-1000**

住所 **北海道市1丁目1-1**

住所等に **・変更無し** **・変更有り** (下に新住所等を記載してください。)

新住所等

振込先

平成21年度保険料 組合費/年 ¥18,000

銀行名 **三菱東京AAA**
支店名 **春日井**
口座 **普通 No.540118**
名義人 **一人親方組合 セルズ建設**

基礎日額	保険料/年	基礎日額	保険料/年
6,000	43,800	12,000	87,600
7,000	51,100	14,000	102,200
8,000	58,400	16,000	116,800
9,000	65,700	18,000	131,400
10,000	73,000	20,000	146,000

申込期限 **平成20年3月25日** 期限までに連絡がない場合、継続ができないことがあります。

申込・連絡先 セルズ建設団体

記名押印または署名をお願いします。

TEL **0568-43-1661**

FAX **0568-76-7432**

氏名 (印)

〇〇 様

平成24年4月6日
セルズ建設業一人親方組合
理事長 加藤 雅也

労災保険 年度更新のお知らせ

拝啓、早春の候、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
平素は、当組合にご協力を賜り、誠にありがとうございます。
さて、現在加入している労災保険の有効期間は平成24年3月末日までとなっております。
下記の労災保険申込書に必要事項をご記入、捺印後郵送またはファックスにて当組合までお送りください。なお、提出期日までにご返答がない場合は脱退とみなしますので、必ず期日までにご提出ください。

敬具

【提出期日】 平成24年3月31日まで

【記入方法】

労災保険 継続または脱退希望のどちらかに○をつけてください。
給付基礎日額を変更する場合は、希望する金額をご記入ください。
住所変更がある場合は、新住所をご記入ください。

【申込書送付先】 セルズ建設業一人親方組合
485-0014 愛知県小牧市安田町190
TEL 0568-43-1661 FAX 0568-76-7432

切り取り線

平成24年度一人親方保険 申込書

労働保険番号 12345-123456-001

どちらかに○を付けてください。→

整理番号	氏名	基礎日額	日額変更	継続希望	脱退希望

住所に変更がある場合は下に変更後の住所を記載願います。

登録住所

変更後住所

上記のとおり、手続きをお願い致します。

氏名

印

(ご署名と捺印をお願いします。)