

全国鍼灸マッサージ協会一人院長労災組合加入 及び 労災保険特別加入制度申込書

申込年月日 西暦 年 月 日

下記の理由により貴組合に加入を申し込み、労災保険の特別加入の申請をいたします。貴組合の規約を遵守するとともに、組合費・手数料及び保険料は指定期限までに必ず納付することを誓約いたします。

規約に違反した場合や組合費等を滞納した場合は、特別加入の承認の取り消し及び貴組合より除名されても異議申し立ていたしません。

一般社団法人 全国鍼灸 マッサージ協会 会員番号							<input type="checkbox"/> 入会手続き中	※労災保険に加入を希望する場合、一般社団法人全国 鍼灸マッサージ協会と全国鍼灸マッサージ協会一人院長 労災組合両方への加入が必要です ←どちらかを記入して下さい。
フリガナ								生年月日
入会者氏名	昭和・平成 年 月 日							(才)
資格(○をつける)	鍼師 ・ 灸師 ・ マッサージ師							

全鍼協入会手続き中の方は以下必ずご記載ください

連絡先TEL	
連絡先 メールアドレス	

* お申込にあたっての同意事項 *

- 個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)
- 全国鍼灸マッサージ協会一人院長労災組合格約



- 一人親方労災保険特別加入制度確認書



申込年月日 西暦 年 月 日

- 一人院長労災保険特別加入 災害防止研修を受講済みです
※未受講の場合は下記からご受講ください



入会者氏名

労災保険にご加入されたい方は以下も併せてご記載ください	
給付基礎日額	希望額を記入 円/日
加入希望日	毎月20日書類締切翌月加入 西暦 年 月 日 より
業務または 作業の内容	例: はり・きゅう・あん摩・マッサージの施術
法第33条第3号 に掲げる者との 関係	一人親方の場合は「1」、一人親方に従事する家族の方は「5」をマルで囲み、()に続柄を記載してください 1. 本人 5. 家族従事者()
宣誓	宣誓される場合チェックをしてください。チェックがない場合は受け付けが出来かねます。 <input type="checkbox"/> 私は一人親方であり、特別加入者としての要件を満たしております。

全国鍼灸マッサージ協会一人院長労災組合加入 及び 労災保険特別加入制度申込書

申込年月日 西暦 20** 年 * 月 * 日

下記の理由により貴組合に加入を申し込み、労災保険の特別加入の申請をいたします。貴組合の規約を遵守するとともに、組合費・手数料及び保険料は指定期限までに必ず納付することを誓約いたします。
規約に違反した場合や組合費等を滞納した場合は、特別加入の承認の取り消し及び貴組合より除名されても異議申し立ていたしません。

①	一般社団法人 全国鍼灸 マッサージ協会 会員番号	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>	※労災保険に加入を希望する場合、一般社団法人全国 鍼灸マッサージ協会と全国鍼灸マッサージ協会一人院長 労災組合両方への加入が必要です →どちらかを記入して下さい。
	フリガナ	シンキュウハナコ								<input type="checkbox"/>	入会手続き中
②	入会者氏名	鍼灸花子								生年月日	
										昭和 平成 年 * 月 * 日 (* 才)	
③	資格(○をつける)	鍼師 ・ 灸師 ・ マッサージ師									

全鍼協入会手続き中の方は以下必ずご記載ください

④	連絡先TEL	
	連絡先メールアドレス	

- *お申込にあたっての同意事項*
- 個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)
 - 全国鍼灸マッサージ協会一人院長労災組合規約



⑤	3. 一人親方労災保険特別加入制度確認書		申込年月日 西暦 20** 年 * 月 * 日
	4. 一人院長労災保険特別加入 災害防止研修を受講済みです ※未受講の場合は下記からご受講ください		入会者氏名 鍼灸花子

労災保険にご加入されたい方は以下も併せてご記載ください

⑥	給付基礎日額	希望額を記入	3500 円/日
	加入希望日	毎月20日書類締切翌月加入	西暦 20** 年 4 月 1 日 より
⑦	業務または作業の内容	例: はり・きゅう・あん摩・マッサージの施術 はり・きゅう・あん摩・マッサージの施術	
⑧	法第33条第3号に掲げる者との関係	一人親方の場合は「1」、一人親方に従事する家族の方は「5」をマルで囲み、()に続柄を記載してください	
	⑨	1. 本人 5. 家族従事者()	
⑩	宣誓	宣誓される場合チェックをしてください。チェックがない場合は受け付けが出来かねます。 <input checked="" type="checkbox"/> 私は一人親方であり、特別加入者としての要件を満たしております。	

- ① 一般社団法人全国鍼灸マッサージ協会会員の場合は会員番号、同時に入会手続きを行っている場合は「入会手続き中」にチェックを入れてください
- ② 入会者氏名・フリガナ・生年月日・年齢をご記載ください
- ③ お持ちの国家資格にマルを付けてください
- ④ ①にて入会手続き中にチェックを入れた方は、連絡先 TEL・連絡先メールアドレスをご記載ください
- ⑤ QRコードを読み取り、必ずご確認の上、申込年月日と入会者氏名をご記載ください
- ⑥ 別紙 給付基礎日額・保険料一覧をご確認の上ご記入ください
※日額の設定については、現在の所得や家族の状況を踏まえご検討ください
- ⑦ ご加入希望月をご記載ください
- ⑧ お持ちの国家資格に合わせご記載ください
- ⑨ 該当箇所に○を付け、家族従事者の場合は続柄をご記入ください
- ⑩ ご確認の上、チェックをご記入ください