

建設国保 新規加入者・加入資格申告書（資格確認書）

山形県建設国民健康保険組合理事長 殿

平成 30 年 4 月 2 日

私は、規約第6条に定める山形県建設労働組合連合会加盟組合に加入し、建設業に従事する者に相違ないことを、関係書類（裏面参照）を添えて申告いたします。また、虚偽の申告をしていないことを誓約いたします。

新規加入申請者

住所 990-0821 山形県山形市北町3丁目1番7号

氏名 建設 太郎

生年月日 昭平 51 年 10 月 25 日

建設業の職種 建築大工

TEL 023-666-7727 FAX 023-681-6607

◎私の就労形態・労災保険加入状況・業務内容は下記の通りです。

（法人事業所の事業主・法人事業所の従業員は加入できません。「協会けんぽ」です。適用除外事業所従業員加入可。）
該当するものを丸で囲み、必要事項を記入ください。

※就労形態Aの①で従業員がいる方は別紙に従業員を記入ください。

1	事業の区分	A 自営業（個人）		B 従業員（勤めている方）
2	就労の形態	① 事業主（代表者） 常時雇用従業員数【 人】	② 一人親方	① 個人事業所の専従者（妻・息子等） ② 個人事業所の職人（従業員） ③ 事業主の固定していない職人 ④ 適用除外事業所に勤務
3	労災保険加入状況	加入	中小事業主等特別加入 一人親方労災	Bの方勤め先の事業所の労災（専従者除く） 事業所で労災加入していない。
		未加入	加入予定 平成 年 月 日	
4	業務内容	住宅の建築、解体業務		

◎自営業（個人）・一人親方の方は記入ください。（勤めている方は下記に雇い主の証明を願います。）

（屋号・個人名・ない時はなし）事業所の名称

（申請者と同じ時は同上）代 表 者

（住まいと同じ時は同上）事業所の所在地

（住まいと同じ時は同上）TEL

FAX

◎勤めている方は勤め先より証明をもらってください。（適用除外事業所）該当時○で囲む

上記の者は、当事業所の従業員であることを証明します。

平成 30 年 4 月 2 日

勤務先の事業所 住所 990-0001 山形県山形市山形町1-2-3

組合員の時 名称 株式会社山形建築

建 代表者名 山形 次郎

建設国保未加入 電話番号 023-612-3456

雇用保険

加入

未加入

事業所へ記入を依頼してください

申請者は当組合に加入していることを証明します。

平成 年 月 日

支部/分会/班等

組 合 名

代 表 者 名