

東塗協建設業労災福祉会 加入のご案内



- ◆ 東京都塗装工業協同組合が用意した一人親方向け労災保険加入の団体です
- ◆ 労災保険加入、安全衛生教育、 Gondola や有機溶剤取扱講習、福利厚生を実施します
- ◆ 加入は東塗協組合員経由で行います



加入条件

- 従業員を持たない一人親方であること
- 建設業に従事していること（塗装以外も可）
- 東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、山梨県に在住していること

一人親方（職人）は現場や通勤途中に事故に遭ったり、職業病に罹った場合でも、労災保険に加入していないと補償を受けることができません。

近年はゼネコンなどが一人親方に対して元請の現場労災を使ってくれる可能性が低くなっています。また、ゼネコンや公共工事の現場の場合、労災加入していない一人親方が現場に入れなくなっています。

皆様は、事故が起こらないように細心の注意を払って作業を行っていると思いますが、もらい事故のケースもあり、100%事故が起こらない保証はありません。

東塗協では、一人親方（職人）の皆様が労災保険に加入しやすいように「東塗協建設業労災福祉会」を設立致しました。この労災保険は、所謂「政府労災」であり、民間の「上乗せ補償」ではありません。

「政府労災」のメリットを下記致します。

- 政府が運営しているため、保険料の割に補償が手厚い（人件費等は税金で賄われているため）
- 医療費（搬送された場合の交通費も）は個人負担ゼロ
- 一定以上の障害が残った場合は、障害年金が一生涯もらえる
- 死亡した場合、遺族に年金がもらえる

この機会に、労災保険への加入をご検討頂けますよう、宜しくお願い申し上げます。

東塗協建設業労災福祉会

〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町19番22号 塗装会館内

電話 : 03-3461-8678

FAX : 03-3461-8724

労災保険業務 提携会社

NFコンサルティング株式会社

〒156-0043 東京都世田谷区松原1-10-8 小野ビル1階

電話 : 03-6379-0150

FAX : 03-6379-0228



1年間の労災保険料と年会費 一覧表

| 給付基礎日額 加入者が決定 | 年間労災保険料 国に納付 | 年会費 団体へ納付 | 年間負担額合計 |
|------------------|-----------------|--------------|----------|
| 20,000円 | 138,700円 | 12,000円 | 150,700円 |
| 18,000円 | 124,830円 | 12,000円 | 136,830円 |
| 16,000円 | 110,960円 | 12,000円 | 122,960円 |
| 14,000円 | 97,090円 | 12,000円 | 109,090円 |
| 12,000円 | 83,220円 | 12,000円 | 95,220円 |
| 10,000円 | 69,350円 | 12,000円 | 81,350円 |
| 9,000円 | 62,415円 | 12,000円 | 74,415円 |
| 8,000円 | 55,480円 | 12,000円 | 67,480円 |
| 7,000円 | 48,545円 | 12,000円 | 60,545円 |
| 6,000円 | 41,610円 | 12,000円 | 53,610円 |
| 5,000円 | 34,675円 | 12,000円 | 46,675円 |
| 4,000円 | 27,740円 | 12,000円 | 39,740円 |
| 3,500円 | 24,272円 | 12,000円 | 36,272円 |

上記は1年分の会費と労災保険料で、途中入会は月割り（円未満切り捨て）となります

<加入申し込みの流れと留意点>

- (1) 加入申込書に必要事項を記載して、捺印の上、東塗協組合員で取りまとめてFAXでお申し込みください
- (2) 記載に際しての特に気をつけるのは以下の通りです
 - 緊急連絡先としてご家族などの住所・氏名・電話番号を忘れずに
 - 特定業務を記載した場合、労働基準監督署の指示に従って「加入時健康診断」を受けることが加入の条件になります
 - 加入の時にどの程度の職業病の状態かを判断するもので、加入時健康診断より悪化した場合のみ労災の認定となります
 - 事故による負傷・病気・死亡などには関係がありません
 - 給付基礎日額（本人が希望する日当の額）を選んでください（翌年度に変更は可能です）
 - 給付基礎日額に比例して労災保険料は変わります
 - 給付基礎日額に比例して労災の補償額が変わります（休業補償は日額の80%です）
 - 医療費が賄われれば良いのであれば、最低額を選択する人が多いです
 - 休業補償、障害補償、遺族補償を中心に考えるならば、日額は高めに設定します
- (3) 今回はFAX受領後に30名以上集まるのを待って、労働基準監督署には申請いたします
- (4) 30名以上になったとき、東塗協組合員に請求書を送付いたしますので、東塗協組合員が取りまとめて、会費と労災保険料を振り込んで頂きます
- (5) 入金確認を行い、入金に対する領収書を発行します
- (6) 労働基準監督署からの「加入時健康診断指示書」を東塗協組合員に郵送いたしますので、病院に予約を入れ、予約状況と受診状況を連絡してください
- (7) 加入時健康診断完了後に、労災加入となります（但し、加入日は加入希望日に遡って適用です）
- (8) 東塗協組合員に会員証を郵送いたします

記載方法

記入・捺印後 FAXをお願いします

建設業一人親方団体

東塗協建設業労災福祉会

東塗協建設業労災福祉会

入会申込書

太枠内のみ記載ください

会長 黒田 清一 殿

(第二種特別加入申込書兼用)

加入希望者の氏名・フリガナ記入し、認印捺印

東塗協建設業労災福祉会に入会いたしたく、会費並びに保険料を添えて申すいたします。
 なお、東京労働局が承認した労働力発生日として承諾いたします。

会員番号 第 _____ 号

| | | | | | | | |
|----------|----------------|---------------------------------|----------|---------|--------------|----------------------|---|
| (フリガナ) | 続柄は「本人」、性別に○印 | | | 続柄 | 性別 | 男 | 女 |
| 氏名 | 〒 _____ | | | 電話 | () _____ | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 生れ | | |
| 現住所 | 〒 _____ | | | 電話 | () _____ | | |
| 緊急連絡先 | 〒 _____ | | | 氏名 | 電話 | () _____ | |
| 主たる元請会社 | 会社名 | 〒 _____ | | | 電話 | () _____ | |
| | 職種 | | | | | | |
| 特定業務 | 具体的内容 | 粉じん作業 ・ 振動工具使用 ・ 鉛取扱 ・ 有機溶剤業務 | | | | | |
| | 使用工具名 又は溶剤名 | 特定業務で使用する工具名或いは有機溶剤名を全部記載してください | | | | | |
| | 業務歴 | 最初に従事した年月 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 特定業務を始めた時期と通算して行った期間 | |
| 希望承認日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | (申込み日より後の日付) | | |
| 希望給付基礎日額 | 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 | | |

希望する給付基礎日額に○をつけてください

受付印

| | | |
|-----|-------------------------|----|
| 確認印 | 処理担当者 | 備考 |
| | 入力 会員証 領収書 届出書 | |

FAX : 03-3461-8724

建設業一人親方団体

東塗協建設業労災福祉会

東塗協建設業労災福祉会

仮入会申込書

会長 黒田 清一 殿

(第二種特別加入申込書兼用)

東塗協建設業労災福祉会の会員として入会いたしたく、会費並びに保険料を添えて申し込みいたします。
なお、東京労働局が承認した日を効力発生日として承諾いたします。

会員番号 第 _____ 号

| | | | | | |
|----------|----------------------------------|-------------------------------|--------------|----------|----------|
| (フリガナ) | | | | 続柄 | |
| 氏名 | | ⑩ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 生れ | | | | |
| 現住所 | 〒 _____ 電話 () _____ | | | | |
| 緊急連絡先 | 〒 _____ 氏名 _____ 電話 () _____ | | | | |
| 主たる元請会社 | 会社名 | | | | |
| | 〒 _____ | 電話 () _____ | | | |
| 職種 | | | | | |
| 特定業務 | 具体的内容 | 粉じん作業 ・ 振動工具使用 ・ 鉛取扱 ・ 有機溶剤業務 | | | |
| | 使用工具名 又は溶剤名 | | | | |
| | 業務歴 | 最初に従事した年月 | 大正・昭和・平成 年 月 | | |
| | | 従事した期間の合計 | 年 月 | | 年 月 |
| 希望承認日 | 平成 年 月 日 (申込み日より後の日付) | | | | |
| 希望給付基礎日額 | 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 |



| | | |
|-----|-------------------------|----|
| 確認印 | 処理担当者 | 備考 |
| | 入力 会員証 領収書 届出書 | |